

Masteruppsats i offentlig förvaltning [VT 2017]

Förvaltningshögskolan, Göteborgs Universitet

Bahar Agahi, Albana Veseli

Handledare: Iwona Sobis

Examinator: Stig Montin

# Värdebaserad vård

---

En ny strategi för vårdens styrning

# Förord

Vi vill rikta ett varmt tack till vår handledare Iwona Sobis som med sitt stora engagemang har stöttat oss igenom denna process. Iwona, du är genom din entusiasm och din tillgänglighet en exemplarisk handledare, Tack för alla dina kloka ord!

Vidare riktar vi ett tack till samtliga respondenter som genom sitt deltagande gjort denna studie möjlig att genomföra.

Slutligen vill vi tacka alla våra familjemedlemmar för allt stöd. Ett särskilt tack till Lan Veseli som varit en inspiration i livet. Vi minns dig med glädje!

Mars 2017

Bahar Agahi och Albana Veseli

# Sammanfattning

Under de två senaste decennierna har det främsta syftet med styrning och organisering inom hälso- och sjukvården varit att styra dess resursförbrukning och dämpa den snabba kostnadsökningstakten. I försöken att effektivisera sjukvården skedde en övergång från en dominans av medicinsk professionslogik till ett införande av marknadslogik, vilken började konkurrera med den medicinska professionslogiken.

De senaste åren har en ny strategi för vårdens styrning, värdebaserad vård, fått stor spridning. Målet med strategin är att förbättra värdet för patienten och stärka professionen. Syftet med denna uppsats är därmed att besvara hur den nya strategin för vårdens styrning, värdebaserad vård, har påverkat institutionella logiker inom hälso- och sjukvården.

Studiens metodologiska angreppssätt utgår från den fenomenologiska traditionen vilken är tolkningsinriktad utifrån en extern infallsvinkel. Forskningsdesignen utgörs av en fallstudie av Mölndal Ortopedi vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Empirin består av data från intervjumaterial och dokumentanalyser av Sahlgrenska Universitetssjukhusets årsredovisningar och budgetar från åren 2012 till och med 2015, samt utifrån artiklar som berör värdebaserad vård.

Studiens teoretiska utgångspunkter består av institutionell teori med tyngdpunkt i isomorfism och institutionell logik samt tidigare forskning om institutionella logiker inom hälso- och sjukvården, vilka består av medicinsk professionalism och marknadslogik.

De slutsatser som har kunnat fastställas är att Sahlgrenska Universitetssjukhuset har påverkats av olika interna och externa tryck till att införa strategin värdebaserad vård. Det nya arbetssättet enligt värdebaserad vård har stärkt den medicinska professionslogiken, dock finns marknadslogik fortfarande kvar. Medicinsk professionalism framträder som den numera dominerande logiken genom en organisering av verksamheten utifrån dess fundament, vilka består av hög vårdkvalitet, autonomi och kollegialitet. Framträdandet av marknadslogik är tydligast genom ökad patientcentrering samt stor fokus på korta vårdtider, vilket resulterar i hög kostnadseffektivitet och ansvarsutkrävande.

Nyckelord; värdebaserad vård, institutionell isomorfism, institutionell logik, ledning och styrning inom hälso- och sjukvården.

# Innehållsförteckning

<b>Inledning .....</b>	<b>6</b>
Problemformulering .....	7
Syfte och frågeställning.....	8
<b>Värdebaserad vård .....</b>	<b>10</b>
Kritik för- och emot värdebaserad vård .....	11
<b>Tillvägagångssätt.....</b>	<b>13</b>
Med utgångspunkt i Fenomenologi.....	13
Forskningsdesign.....	14
Datainsamling genom intervjuer och dokumentanalys .....	14
Intervjuer .....	15
Dokumentanalys .....	16
Analysprocess.....	16
Urval.....	17
Etiska överväganden .....	17
Metoddiskussion.....	18
<b>Tidigare forskning och teoretiska utgångspunkter .....</b>	<b>19</b>
Organisation och omvärld .....	19
(Ny)institutionell teori.....	20
Institutionell isomorfism .....	21
Institutionell logik .....	23
Institutionell logik, organisatoriska fält och institutionell förändring.....	24
Tidigare forskning om professionalism och medicinsk professionslogik .....	25
Tidigare forskning om marknadslogik och hur det har influerat hälso- och sjukvården..	27
<b>Analys.....</b>	<b>29</b>
Införandet av värdebaserad vård inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset .....	29
Arbetsättet enligt värdebaserad vård inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset .....	33
Medicinsk professionslogik .....	34
Autonomi och kollegialitet .....	34
Vårdkvalitet .....	36
Marknadslogik.....	38
Kostnadseffektiv behandling .....	38
Kundorientering.....	41
<b>Slutsatser.....</b>	<b>43</b>

<b>Avslutande diskussion och förslag till vidare forskning.....</b>	<b>46</b>
<b>Referenser .....</b>	<b>48</b>
<b>Bilaga 1: Intervjuguide.....</b>	<b>54</b>

# Inledning

Hälso- och sjukvården omfattar en stor och väsentlig del av vår välfärd. De flesta människor är i kontakt med sjukvården från och till under hela livsrykten, vilket gör det naturligt att frågor kring hur den bedrivs engagerar många (Berlin & Kastberg, 2011). Det svenska sjukvårdssystemet har åtagit sig att garantera hälsan för alla medborgare och arbetar efter principerna om mänsklig värdighet, behov och solidaritet samt kostnadseffektivitet. Det är därför väsentligt att hela tiden värdera hur vården fungerar för att kunna utveckla och förbättra de delar som är i behov av det. Särskilt i det decentraliserade system som vi har i Sverige med ett delat ansvar mellan stat, landsting och kommuner samt en vård som huvudsakligen är skattefinansierad och kräver närmast en tiondel av samhällets totala resurser. Att resurserna används på bästa möjliga sätt och att medborgarna erbjuds en god vård är av stor betydelse för sjukvårdens legitimitet (SKL, 2015).

Under de två senaste decennierna har det främsta syftet med styrning och organisering av hälso- och sjukvården varit att styra dess resursförbrukning och dämpa den snabba kostnadsökningstakten (Berlin & Carlström, 2013). Särskilt genom de marknadslika organisations- och styrmodeller som gradvis introducerades inom offentlig sektor i slutet av 1970-talet och framåt (Busch & Wennes, 2012). Startpunkten för förändringarna var diskussioner bland OECD-länder om att begränsa den offentliga sektorns snabba tillväxt och kostnadsökningstakt. Sjukvårdens utgifter ökade i snabbare takt än BNP fram till 1980-talet, vilket ledde till att dess produktivitet och effektivitet ifrågasattes (Anell, 2010:148ff). Med inspiration från Storbritannien infördes inom svensk sjukvård marknadsliknande system för organisering och styrning, en utveckling som benämns New Public Management (NPM). Begrepp som valfrihet, konkurrens, kunder och producenter blev vanliga även inom den offentliga sektorn (Hallin & Siverbo, 2003).

I försöken att effektivisera sjukvården skedde en övergång från dominans av professionell logik till ett införande av marknadens logik, som började konkurrera med den professionella logiken (Reay & Hinings, 2009). Marknadens styrlogiker främjades som ett nytt sätt att få kontroll över de offentliga utgifterna och styrningen baserades i större grad på principerna om marknad och konkurrens, där den offentliga sektorns legitimitet bedömts allt mer på grundval av resultat och effektivitet (Brunsson & Sahlin-Andersson, 2000; Hood, 1991). Det kan därför antas att det finns olika logiker inom hälso- och sjukvården. Det skapar ett komplext kontrollsystem med svårigheter att förutse resultat. Innan NPM-influerade reformer

implementerades inom offentlig sektor dominerade professionella kontrollsystem baserat på de professionellas omdöme. Efter implementeringen av NPM-influerade reformer infördes marknadslika kontrollsystem inom sjukvården med mål som resurseffektivitet, individanpassad vård och ansvarsutkrävande baserad på kvantifiering. I utvecklingen bortom NPM eftersträvas nu en integration mellan dessa kontrollsystem (Liff & Andersson, 2013).

## Problemformulering

Thomas H. Lee (2010) beskriver hur marknadens logik har påverkat hälso- och sjukvården och särskilt professionen läkare. Han beskriver; "*Problemet med hälso- och sjukvården är att människor som mig - läkare (mestadels män) i femtioårsåldern och äldre, som lärt sig medicin när det var mer konst och mindre finansiering. Vi fick lära oss att åka till sjukhuset före gryningen, stanna tills våra patienter var stabila, fokusera på behoven hos varje patient före oss själva, och inte oroa oss för kostnader*". Lee (2010) lyfter ytterligare ett problem som enligt honom bidrar till ökade kostnader, vilket är bristande kommunikation mellan vårdpersonal. Det leder ibland till att patienter och deras anhöriga får inkonsekventa och motsägelsefulla besked från olika vårdpersonal vilket kan leda till överflödigt vård, vårdskador och bristande vårdkvalitet. Vidare belyser Lee (2010) att det är problematiskt när mätningar inom vården utgår från antal mottagna patienter eller utförda behandlingar istället för att mäta hälsoutfall och lyfter Michael Porter och andras studier om värdebaserad vård som alternativ (ibid). Värdebaserad vård är en ny strategi för hälso- och sjukvårdens styrning som syftar till att öka värdet för patienten och stärka vårdprofessionerna. Strategin bygger på mätningar av medicinska resultat och patienters upplevelse av den vård som ges (Porter & Tiesberg, 2006).

Värdebaserad vård har fått stor spridning under de senaste åren (Akner & Järhult, 2016). Porter (2010), grundaren till strategin, belyser att syftet med värdebaserad vård är att förbättra värdet för patienten och stärka professionen, vilket förutsätter en styrning utifrån medicinsk professionalism. Det krävs ett gemensamt mål som förenar intressen och aktiviteter hos alla berörda aktörer inom hälso- och sjukvården för att uppnå både goda medicinska och ekonomiska resultat. Inom sjukvården har intressenter otaliga, ofta motstridiga mål, som exempelvis tillgång till tjänster, lönsamhet, hög vårdkvalitet, kostnadskontroll, säkerhet, bekvämlighet, patientcentrering och tillfredsställelse. Brist på klarhet om mål har lett till olika tillvägagångssätt och långsamma framsteg i förbättringar. Porter (2010) hävdar att det

övergripande målet för hälso- och sjukvården bör vara att uppnå ett högt värde för patienter, där värde definieras som hälsoresultat per krona. Han menar att det är ett mål som är viktigt för patienterna och förenar intressena hos alla aktörer i vårdssystemet. Om värdet förbättras kan alla dra nytta samtidigt som den ekonomiska hållbarheten i systemet ökar (Porter, 2010).

Hälso- och sjukvårdssektorn är ett slående exempel där flera värden och krav är i konflikt då sjukhus i många länder står inför utmaningen att både höja kvaliteten och minska kostnaderna för vården. Vårdprofessioner är ständigt tvungna att balansera de olika institutionella logikerna, medicinsk professionslogik och marknadslogik, och hantera ibland motstridiga mål (Styhre, Roth & Roth, 2016). Varje logik förknippas med särskilda organiseringsprinciper och föreskriver en uppsättning beteenden från aktörer inom området. Reay och Hinings (2009) lyfter att det är oklart hur förekomsten av flera logiker kan leda till stabilitet för aktörer och det arbete som de utför i sin dagliga verksamhet. De ställer frågan om hur aktörer hanterar rivaliteten mellan samexisterande och konkurrerande institutionella logiker och uppmuntrar andra forskare till fler studier inom ämnet.

## Syfte och frågeställning

Syftet är att besvara hur den nya strategin för vårdens styrning, värdebaserad vård, har påverkat institutionella logiker inom hälso- och sjukvården. För att uppfylla syftet har följande forskningsfrågor formulerats:

- Vilka institutionella tryck kan antas ligga till grund för implementeringen av strategin värdebaserad vård inom svensk hälso- och sjukvård?
- Hur framträder institutionella logiker i medarbetares och mellancheferers dagliga arbete innan och efter implementeringen av strategin värdebaserad vård?

Motiveringen till valet av den första forskningsfrågan har sin utgångspunkt i att institutionell isomorfism anses vara föregångare till institutionell logikperspektivet, då institutionell isomorfism identifierar professioner, staten och konkurrens som källor till rationalisering (Thornton, Ocasio & Lounsbury, 2012). Institutionell logik fokuserar istället på effekten av differentierade logiker som innehas av individer och organisationer i en komplex kontext (Thornton & Ocasio, 2008). Den första forskningsfrågan skapar således en grund för att sedan gå på djupet genom att analysera framträdandet av institutionella logiker i vårdpersonalens dagliga arbete utifrån den andra forskningsfrågan. De två



forskningsfrågornas relevans för uppfyllandet av syftet har sin utgångspunkt i att institutionell förändring vanligtvis innebär en rörelse från en dominerande logik till en annan (Reay & Hinings, 2009). Genom att besvara vilka institutionella tryck som ligger till grund för förändringen och vilka institutionella logiker som framträder innan och efter förändringen skapas en helhetsbild för hur implementeringen av värdebaserad vård har påverkat institutionella logiker.

# Värdebaserad vård

De amerikanska ekonomerna Michael E Porter och Elizabeth Olmsted Teisberg började belysa de stora problemen inom det amerikanska vårdssystemet år 2004 och föreslog vissa åtgärder för att förbättra vården. De framförde att ingen aktör inom vårdssystemet varit tillfredsställd. Patienter oroade sig över vårdens kostnader och kvalitet, arbetsgivarna fick hantera missnöjda medarbetare, läkare och andra professioner hade fått sina löner pressade, en ökad administrativ börda samt sina professionella bedömningar åsidosatta (Porter & Teisberg, 2004). För att lösa dessa problem lanserade författarna ett strategiskt ramverk, *värdebaserad vård*, genom boken *Redefining health care – creating value-based competition on results*. Definitionen av värdebaserad vård kan bäst beskrivas som ett ramverk för en rad insatser, åtgärder och metoder vilka mynnar ut i ett bättre värde för patienten. Det övergripande målet med strategin är att förbättra patientens hälsa och upplevelse av vården på ett kostnadseffektivt sätt (Porter & Teisberg, 2006).

Porter och Teisberg (2006) belyser att konkurrens inom den privata sektorn anses vara den starkaste kraften som framtvingar förbättringar gällande kvalitet och kostnadseffektivitet av varor och tjänster. Vidare ifrågasätter de hur det är möjligt att det amerikanska vårdssystemet, som till största del är privat och karaktäriseras av konkurrens mer än något annat system i världen, redovisar så dåliga resultat. Bristerna inom det amerikanska vårdssystemet är bland annat höga kostnader som fortsätter att stiga i snabb takt, ojämn kvalitet och allt fler bevis på oroväckande kvalitetsbrister. Dessa brister är heller inte specifika för just det amerikanska vårdssystemet utan återfinns i många andra länder med olika vårdssystem. Runt om i världen är kostnaderna för sjukvården höga och fortsätter att stiga trots många försök att kontrollera dem. Om vården ska kunna reformeras krävs nya strategier, organisationsstrukturer, ersättningssystem och mätmetoder (ibid).

Porter och Teisberg (2006) belyser att nyckeln till en bättre vård ligger i att skifta fokus från enskilda aktiviteter till vad de totala aktiviteterna bidrar med för patienten. Fokus bör ligga på patientens upplevda värde av vården, där värde definieras som hälsoutfall per krona (värde= hälsoutfall/spenderad krona). Vid förändring av hälso- och sjukvården bör konkurrensen anpassas till att skapa värde för patienten. Om alla vårdaktörer konkurrerar om värde för patienten kommer värdet givetvis att förbättras. Hittills har det centrala målet inom vården inte varit att förbättra värde utan istället att minska kortsiktiga kostnader och vem som ska betala vad. Värde inom vården är beroende av att kunna överblicka hela vårdprocessen för en

patient, från rehabilitering och förebyggande arbete till löpande behandling av det medicinska tillståndet. Författarna använder termen *medicinskt tillstånd* istället för sjukdom eller skada eftersom de anser det vara mer nära förknippat med patientvärde. Det viktiga är förmågan att leverera värde för varje medicinskt tillstånd (Porter & Tiesberg, 2006).

Nordenström (2014) framför i sin bok "*Värdebaserad vård, är vi så bra vi kan bli?*" att svensk hälso- och sjukvård i flera oberoende undersökningar rankats som en av de tio bästa i världen. Dock har det uppmärksammats vissa brister i omhändertagande, tillgänglighet och kostnadseffektivitet från olika håll. Författaren framför att sjukvården behöver organiseras utifrån patientens behov och att koordinationen mellan vårdgivare bör förbättras. Utmaningarna inom vården är att skapa en hälso- och sjukvård där undvikbara vårdskador inte förekommer, där onödig vård och slöseri elimineras samt där all vård bedrivs enligt aktuell evidens (ibid).

## Kritik för- och emot värdebaserad vård

Sallin, Makdessi och Sjögren (2015) från Svenska Läkaresällskapet lyfter både problem och möjligheter med strategin värdebaserad vård. De menar att det redan finns stor fokus på vissa av strategins centrala principer inom svensk hälso- och sjukvård, som patientcentrering och kvalitetsuppföljning. Det finns dock delar inom värdebaserad vård som inte är förenliga med den medicinska professionella logiken, då kostnader ställs mot hälsoutfall. Inom den medicinska professionslogiken är utgångspunkten istället från tjänandet av patienten. Ekvationen för att räkna ut värdet enligt värdebaserad vård lyder som tidigare nämnt *värde = utfall/kostnad*, vilket tyder på stor fokus på kostnadseffektivitetsprincipen enligt strategin. Sallin, Makdessi och Sjögren (2015) belyser att likt tidigare diskussioner om NPM är det svårt att förena prestations- och utfallsorienterade ersättningssystem med professionell logik, vilket också gäller värdebaserad vård även om ersättningsmetoderna enligt strategin skiljer sig till viss del från NPM. Författarna hävdar att "*ersättningssystem och styrning av vården bör hållas isär*". De ser ett stort värde i strategins strävan om att utveckla metoder för kvalitetsuppföljning och systematiskt förbättringsarbete, men belyser att detta bör göras med ett starkt inflytande från professionerna och att parametrar väljs baserat på medicinsk logik samt patienters önskemål (ibid). Akner och Järhult (2016) kritiserar värdebaserad vård för att inte bestå av någon sammanhängande metod och sakna förankring i vetenskaplig litteratur. De framför också att värdebaserad vård sänker läkarprofessionens redan låga autonomi

genom dess kontrollsystem (ibid). Det Svenska Läkaresällskapets (2015) rapport *En Värdefull Vård – en hälso- och sjukvård med människan i centrum* ger förslag på hur hälso- och sjukvården bör organiseras och styras, med syfte att visa att professionen tar sitt ansvar för utvecklingen av svensk hälso- och sjukvård. I rapporten framförs att; "*Det är nödvändigt med infrastruktur där professionella värderingar och kompetenser kan omsättas i en interprofessionell miljö, där värden, social reglering och kollegialitet är viktigare än extern reglering för att uppnå goda resultat*" (s 9).

# Tillvägagångssätt

I detta kapitel beskrivs studiens metod. För att besvara frågeställning och uppfylla syftet tar studien sin utgångspunkt i den fenomenologiska traditionen med ett tolkningsinriktat perspektiv. Vidare redogör vi för den undersökningsdesign och de datainsamlingsmetoder vi valt. För att sedan ge en beskrivning av analysprocessen och presentera deltagarna i studien. Kapitlet avslutas med en beskrivning av de forskningsetiska principer som vi tagit hänsyn till samt en metoddiskussion.

## Med utgångspunkt i Fenomenologi

Förutom att organisationer ses utifrån ett effektivitetsperspektiv kan de också betraktas från andra synsätt som de anställdas perspektiv, det så kallade arbetstagarperspektivet (Mattsson & Örtenblad, 2008). Den fenomenologiska traditionen är tolkningsinriktad i sitt synsätt. Att inta ett tolkande synsätt innebär att forskarna kan komma fram till förvånande resultat, vid en extern infallsvinkel, det vill säga att betrakta den sociala kontext som ska studeras med ett utifrånperspektiv. Med en tolkande inställning visas inte enbart hur medlemmar av en social grupp tolkar sin omgivning. Forskaren sätter också in de tolkningar som framkommit i en samhällsvetenskaplig referensram. Det är en dubbel tolkning där forskaren försöker tolka andras tolkningar (Bryman, 2008).

Fenomenologin är en filosofisk inriktning som befattar sig med hur individer skapar mening i den värld de lever i och framförallt hur forskaren sätter sina egna förutfattade meningar inom parentes när det gäller att förstå den världen. Den sociala verkligheten rymmer mening för människorna och människors handlingar är därmed meningsfulla, det vill säga att handlingarna innefattar betydelse och att människor agerar utifrån den mening som de tillskriver sina egna och andra personers handlingar. Det är samhällsforskarens uppgift att skaffa sig tillgång till människors idéer om "sunt förnuft" och utifrån det tolka deras handlingar och sociala värld från deras perspektiv (Bryman, 2008). Fenomenologen betraktar mänskligt beteende som en produkt av hur människor uppfattar och tolkar världen (Bryman & Bell, 2010). Det är med utgångspunkt i fenomenologins tolkande principer som vi valt att utgå från metoden i denna studie för att besvara frågeställningen och uppnå syftet.

## Forskningsdesign

För möjligheten att dra systematiska slutsatser av studiens forskningsproblem är valet av forskningsdesign viktigt. I denna studie använde vi oss av fallstudie som forskningsdesign för att besvara frågeställning och syfte. Fallstudie som forskningsdesign rymmer ett detaljerat och ingående stadium av ett enda fall, och den komplexitet samt specifika natur som fallet uppvisar. Det som skiljer fallstudier från andra tillvägagångssätt är att forskaren oftast är intresserad av att belysa unika drag för ett specifikt fall (Bryman & Bell, 2010). Principen bakom fallstudier är att sökarmålet riktas mot enskilda enheter och inte mot ett brett spektrum. Dess verkliga värde är att den erbjuder möjlighet att förklara varför vissa resultat kan uppstå och därmed mer än att bara ta reda på vilka dessa resultat är (Denscombe, 2014). Logiken bakom att koncentrera ansträngningen på ett eller några få fall istället för på många är att man genom att studera det enskilda fallet skaffar sig väsentliga insikter som inte skulle kommit fram om man använde sig av en undersökningsstrategi som försökte täcka ett stort antal enheter (Denscombe, 2014).

Det utmärkande för fallstudier är dess inriktning på en (eller några få) undersökningsenheter med syfte att erhålla djupgående redogörelser för händelser eller processer som uppträder i just den undersökningsenheten (Bryman, 2008). Utifrån denna metod studerade vi två avdelningar och två mottagningar inom Mölndal Ortopedi vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset där strategin värdebaserad vård infördes år 2013. Fallstudie som forskningsdesign är givande då avsikten är att beskriva eller fördjupa förståelsen för hur något utvecklar sig (Bryman, 2008). Fallet är något som redan existerar och är inte en konstlad situation i forskningssyfte. Det är ett naturligt förekommande fenomen och har en tendens att studera saker och ting som de naturligt uppträder, utan inslag av artificiell förändring eller reglering. Fallstudien fungerar bra i det sammanhang man vill gå tillräckligt på djupet för att kunna reda ut komplexiteten i en given situation (Denscombe, 2014).

## Datainsamling genom intervjuer och dokumentanalys

Fallstudier uppmuntrar till en rad olika datainsamlingsmetoder och i denna studie valdes intervjuer och dokumentanalys som informationssamlande redskap. Bryman och Bell (2010) förklarar att förespråkare av fallstudiedesignen ofta väljer kvalitativa metoder som semistrukturerade intervjuer, då dessa uppfattas fungera bra om man vill göra en intensiv och

detaljerad granskning av ett fall. Vidare att fallstudier utgör ett medel med vars hjälp ett flertal kvalitativa metoder kan kombineras (ibid).

## Intervjuer

I denna studie genomfördes 12 semistrukturerade intervjuer om ca 40 till 60 minuter varav tre av dem består av intervjuer med vårdenhetschefer och resterande med vårdpersonal. De vårdprofessioner som intervjuades är läkare, sjuksköterskor och fysioterapeuter. Valet av avdelning grundar sig i att Ortopedi Mölndal vann kvalitetspriset år 2015 efter införandet av strategin värdebaserad vård år 2013. I samband med att kontakt upprättades med Ortopedi Mölndals ansvarige för arbetet med värdebaserad vård hänvisades vi vidare till övriga respondenter i studien vilka också ingår i arbetsgruppen för värdebaserad vård. Studiens respondenter är väl insatta i det värdebaserade arbetssättet genom deltagande vid regelbundna möten och genom aktivt arbete med strategin och anses därmed relevanta för att besvara frågeställningen.

Då avsikten är att förmedla arbetstagarnas tolkningar av det värdebaserade arbetssättet och hur strategin påverkar de institutionella logikerna valde vi intervjuer som datainsamlingsmetod. Det avgörande valet när det gäller att använda intervjuer eller inte, står mellan att samla mer ytlig information från ett stort antal människor eller att samla mer detaljerad information från ett mindre antal människor (Denscombe, 2014). Med utgångspunkt i studiens syfte och frågeställning ansåg vi att material som ger mer djupgående insikter i ämnet, men som bygger på information från färre antal informanter är relevant. Genom intervjuer gavs tillgång till primärdata vilket innebär data som samlats med avsikt att användas i den aktuella studien. Primärdata är viktigt om man vill skapa förståelse för ett enskilt undersökningsobjekt. Vidare ger intervjuer tillgång till information som är av direkt relevans för studiens syfte (Björklund & Paulsson, 2009). Det finns flera typer av forskningsintervjuer som exempelvis strukturerade, semistrukturerade, ostrukturerade, personliga och gruppintervjuer. I denna studie använde vi oss av individuella semistrukturerade intervjuer då det möjliggjorde för respondenterna att uttrycka egna uppfattningar, synsätt, erfarenheter och tolkningar av det värdebaserade arbetssättet (Bryman, 2008).

I samband med intervjuerna användes en intervjuguide med ca 15 öppna frågor. Denna typ av forskningsintervju har också en viss benägenhet till att intervjuaren ställer ytterligare frågor, uppföljningsfrågor, till det som uppfattas vara viktiga svar (Bryman, 2008). Emellanåt

ställdes lämpliga följdfrågor, främst för att fånga upp specifika exempel från praktiken. Semistrukturerade intervjuer valdes för att skapa en mer avslappnad stämning och för att undvika att intervjun upplevs som ett förhör, vilket enligt Esaiasson m.fl. (2012) också ökar möjligheten till oväntade svar. Det ger även möjlighet till en djupare förståelse då man kan anpassa frågorna till varje individuell respondent och dennes tidigare svar. Möjligheten ges till att även tolka andra signaler som kroppsspråk (Björklund & Paulsson, 2009). Intervjuerna spelades in och transkriberades för att underlätta tematiseringen av datamaterialet. Utifrån återkommande utsagor från flera av respondenterna skapades teman vilka återspeglar det som framfördes kontinuerligt.

## Dokumentanalys

De dokument som analyserades är artiklar som berör strategin värdebaserad vård vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Vidare analyserade vi verksamhetens budgetar och årsredovisningar för åren 2012 till och med 2015. Respektive dokument lästes igenom i dess helhet men vi sökte aktivt efter det som berör strategin värdebaserad vård för att kunna jämföra struktur med handling, men också för att kartlägga dess effekter.

## Analysprocess

En generell strategi för att göra en tematisk analys går ut på att ordna och systematisera data. Det är också det vanligaste angreppssättet när det gäller kvalitativ data (Bryman, 2008). Studiens analysprocess mynnade ut i en tematisk analys genom aktiv läsning av datamaterialet där anteckningar fördes i relation till studiens forskningsfrågor och syfte. För att sedan ge vissa stycken en kod för vad som representerar det stycket och länka samman olika textdelar som handlar om samma saker med varandra. Vidare analyserade vi kodernas likheter och olikheter samt relationer till varandra för att se om de behövde delas upp eller föras samman. Datamaterialet lästes noggrant och kodades utan framtvingade försök till att passa in i redan existerande teorier. Under läsningen av datamaterialet genomförde vi en grov sammanfattning av koderna för att därefter genomgå ytterligare en läsning och identifiera studiens fyra övergripande teman, vilka resulterade i, *införandet av värdebaserad vård inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset, arbetssättet enligt värdebaserad vård inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset, medicinsk professionslogik och marknadslogik*, vilka ansågs fånga upp det som är särskilt viktigt för studiens syfte och frågeställning. För att strukturera materialet ytterligare framtogs fyra underteman vilka mynnade ut i, *autonomi och kollegialitet*, och



*vårdkvalitet* under huvudtemat medicinsk professionslogik. Vidare underteman är *kostnadseffektiv behandling* och *kundorientering* under huvudtemat marknadslogik. Materialet granskades därefter på nytt för att hitta de citat som passade in under varje tema och undertema. De teman och underteman som identifierats utgör återkommande motiv i den text som tillämpas. Vidare analyserades datamaterialet med stöd av teoretiska glasögon och tidigare forskning för att besvara studiens syfte och frågeställning.

## Urval

I denna studie studerade vi Sahlgrenska Universitetssjukhuset som är ett av de första sjukhusen som år 2013 startade ett förbättringsarbete, genom ett stegvis införande av strategin värdebaserad vård. Totalt arbetar idag tio avdelningar inom Sahlgrenska med strategin värdebaserad vård. Ortopedi Mölndal är studiens andra urval, vilken är en av de första verksamheterna där strategin infördes, som också vann Kvalitetspriset 2015 för sitt arbete (Sahlgrenska, 2015), vilket gjorde verksamheten till ett intressant fall. Totalt har två avdelningar och två mottagningar vid Ortopedi Mölndal deltagit. Studiens respondenter är anställda vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset och befattningarna består av vårdenhetschef, läkare, sjuksköterska och fysioterapeut.

## Etiska överväganden

Studien är genomförd med hänsyn till Vetenskapsrådets forskningsetiska principer och de fyra huvudkraven, informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. I enlighet med informationskravet har vi informerat studiens undersökningsdeltagare om studiens syfte, deras uppgift och att deltagandet är frivilligt och att de har rätt att avbryta sin medverkan när som helst, samt hur och var resultaten kommer att offentliggöras (Vetenskapsrådet, 2002:7). Utifrån samtyckeskravet har vi inhämtat samtycke från deltagarna om deras frivilliga medverkan (Vetenskapsrådet, 2002:9). Med hänsyn till konfidentialitetskravet har deltagarna i studien anonymiserats för att undanröja möjligheterna till identifikation med hänsyn till deras integritet och uppdrag (Vetenskapsrådet, 2002:10). Utifrån nyttjandekravet har vi informerat deltagarna om att de insamlade uppgifterna endast kommer att användas för studiens syfte. Uppgifter om enskilda

kommer inte att utlånas för kommersiellt bruk eller andra icke-vetenskapliga syften (Vetenskapsrådet, 2002:14).

## Metoddiskussion

Det är delade meningar om kvalitativa studier där en del hävdar att kvaliteten är mindre bra till följd av svårigheter med mätningar. Harboe (2013) uttrycker att det är felaktigt att säga att det ena tillvägagångssättet är sämre än det andra, och förklarar att kvalitativa studier behövs då man vill tolka funktioner och sammanhang samt då det som studeras är subjektivt som upplevelser och känslor och kan inte direkt mätas.

De respondenter som ingick i studien valdes ut av den huvudansvarige för arbetet med strategin värdebaserad vård inom Ortopedi Mölndal. Det innebär att denna studie och resultatet hade fått ett annat utfall om urvalet istället skett slumpvis. Förklaringen till att den huvudansvarige för arbetet med värdebaserad vård för verksamheten valde ut studiens respondenter grundar sig i att denne bedömdes ha mest insyn i verksamheten och därmed ha bäst förmåga att välja ut relevanta informanter. Studiens respondenter ingick i arbetsgruppen för värdebaserad vård och var positiva till införandet av strategin och kunde därmed bidra med relevant information och erfarenheter för att studiens syfte skulle uppfyllas.

Vi valde intervjuer som metod för datainsamling och var medvetna om att det kan ha uppkommit svar som kan vara tillrättalagda av intervjupersonerna men fördelen med intervjuer är åtkomsten av primärdata med avsikt att besvara studiens syfte och vi anser därmed att insamlingsmetoden lämpade sig bra. Däremot är nackdelen med intervjuer att det ofta är mycket tidskrävande.

# Tidigare forskning och teoretiska utgångspunkter

Studiens teoretiska utgångspunkt består av institutionell teori med tyngdpunkt i isomorfism och institutionella logiker. Kapitlet inleds med en redogörelse av hur organisationer påverkas av sin omvärld, för att sedan mer specifikt beskriva olika isomorfa processer. Detta för att ge en beskrivning av att organisationer ingår i ett större sammanhang som påverkar deras beteende men också organisationers egen påverkan på omgivningen. Det anses relevant för att skapa förståelse för varför organisationer förändras och vad som då sker inom en organisation. Vidare beskrivs teorin om institutionell logik där även tidigare forskning om institutionella logiker inom hälso- och sjukvården presenteras, vilka består av medicinsk professionalism och marknadslogik. Detta för att i analysen kunna fånga hur institutionella logiker har påverkats av implementeringen av värdebaserad vård vid Mölndal Ortopedi.

## Organisation och omvärld

Alla organisationer påverkas av sin omvärld och är beroende av den för att överleva. Jacobsen och Thorsvik (2010) beskriver omvärlden som "*alla förhållanden utanför en organisation som kan ha effekt på denna*" (ibid, s 215). Det är omvärlden som skapar efterfrågan på det organisationer producerar och det är även därifrån de hämtar sina resurser för produktion. Genom ett stort inflytande på omvärlden kan enskilda organisationer reducera osäkerheten om vilka möjligheter och hot som finns. Organisationer måste därför kunna övervinna två viktiga utmaningar i relation till sin omvärld. För det första måste de *minska osäkerheten* om vad som sker i omvärlden, genom en anpassning till den som möjliggör en god informationstillgång. För det andra måste organisationer kunna påverka åsiktsbildningen i sin omvärld för att *vinna legitimitet* så att strategiska val anses vara acceptabla från omvärlden (Jacobsen & Thorsvik, 2008).

Omvärlden omfattar bland annat leverantörer, konkurrenter, konsumenter och tillsynsmyndigheter. Även samhällsförhållanden kan ha en påverkan på organisationer genom till exempel ekonomisk och kulturell utveckling samt politik. Omvärlden kan därför delas in i tre nivåer; 1) domän eller närmiljö, 2) nationella förhållanden och slutligen 3) internationella förhållanden. Utöver dessa tre nivåer klassificeras omvärlden i teknisk och institutionell

omvärld. *Teknisk omvärld* avser alla externa förhållanden som har en inverkan på hur organisationer löser uppgifter för att uppnå sina mål. *Institutionell omvärld* innefattar kulturen kring en organisation, så som generella värderingar, normer och förväntningar i omvärlden, vilket även påverkar organisationers legitimitet. Den institutionella omvärlden skapar tryck på organisationer att agera på ett sådant sätt så att de uppfattas som positiva (Jacobsen & Thorsvik, 2008).

Olika organisationer påverkas i olika grad av de två omvärldstyperna. Privata organisationer på starkt konkurrenssatta marknader påverkas starkt av den tekniska omvärlden och i mindre grad av den institutionella omvärlden. De behöver rikta större fokus på att minska kostnader och öka lönsamheten. Offentliga organisationer påverkas däremot mycket mer av den institutionella omvärlden genom tydliga krav och förväntningar. Sjukhus är dock en offentlig organisation som påverkas lika starkt av både den tekniska och institutionella omvärlden. Detta grundar sig i offentlig reglering i resursfrågor samt förbud och påbud, vilket är kopplat till hur vårdorganisationer löser uppgifter och är därför en del av den tekniska omvärlden. Dessa regleringar blir i sin tur en del av den institutionella världen genom normbildning som påverkar organisationers legitimitet (Jacobsen & Thorsvik, 2008).

## (Ny)institutionell teori

Idag finns det huvudsakligen två teoretiska utgångspunkter för att beskriva institutionaliseringen av organisationer, vilka är institutionell teori och nyinstitutionell teori. Institutionella teorier om organisationer beskriver hur organisationer påverkas av normativa tryck från både externa aktörer och inifrån den egna organisationen. Under vissa förhållanden påverkar dessa tryck att organisationen styrs av legitimerande element, som standardisering, professionell certifiering och statliga krav. Det kan ibland få till följd att uppmärksamheten riktas bort från organisationens verkliga uppgift (Zucker, 1987).

Institutionell teori förklarar hur och varför organisatoriska förändringar sker genom att beskriva hur omständigheter som tas för givna påverkar handlanden inom organisationer, hur organisationer påverkas av sina miljöer samt hur organisationer ibland väljer att följa formella och informella regler snarare än andra alternativ. Nyinstitutionell teori avviker från institutionell teori genom större fokus på likheter mellan organisationer (Eriksson-Zetterquist, 2009:5). Nyinstitutionell teori har flyttat fokus från alltför rationalistiska förklaringar av organisatoriskt beteende till förklaringar som erkänner att organisationer är inbäddade i större

kulturella och politiska sammanhang. Istället för att förklara varför organisationer är så heterogena förklarar teorin varför organisationer är så homogena (Frumkin & Galaskiewicz, 2004). Inom nyinstitutionell teori är organisationer influerade av företeelser i sin institutionella omvärld och tenderar att efterlikna dessa. En förklaring till sambanden mellan organisationer och deras omvärld är att organisationer återspeglar en socialt konstruerad verklighet (Meyer & Rowan, 1977).

De båda ansatserna delar dock en gemensam definition om vad *institutionalisering* innebär. Definitionen består av två delar; 1) att det är ett regelliknande socialt faktum om kvaliteten i organiserade handlingsmönster, och 2) en inbäddning i formella strukturer, såsom formella aspekter av organisationer som inte är knutna till särskilda aktörer eller situationer. Båda teorierna identifierar även tre processer för institutionalisering (Zucker, 1987), vilka beskrivs nedan.

## Institutionell isomorfism

Institutionell isomorfism är en process som tvingar en enhet att efterlikna andra enheter som berörs av samma miljöförhållanden. Meyer & Rowan (1977) beskriver institutionell isomorfism som att organisationer anpassar sig till rationaliserade myter i samhället om vad som utgör en bra organisation. Dessa myter växer fram som lösningar på allmänna problem inom organisering och rationaliseras först när myter anses utgöra lösningar på problem. Desto fler organisationer som anpassar sig till samma myter desto mer institutionaliserade blir de, vilket leder till institutionell isomorfism. Organisationer som existerar i utvecklade institutionella miljöer och som lyckas efterlikna dessa miljöer ökar sin legitimitet och därmed sina överlevnadsmöjligheter (Meyer & Rowan, 1977).

Det finns tre olika isomorfa processer; *tvingande*, *mimetisk* och *normativ*. Tvingande isomorfism härrör från politiskt inflytande och legitimitetsproblem, mimetiska isomorfism sker till följd av osäkerhet och normativ isomorfism associeras med professionalisering (DiMaggio & Powell, 1983).

*Tvingande isomorfism* härleds från både formella och informella tryck från andra organisationer samt från kulturella förväntningar i samhället. Sådana påtryckningar kan vara tvingande, som övertalningar eller inbjudningar att delta i samverkan. Organisationer kan även tvingas till förändringar till följd av regeringens reformer. Det som dock är typiskt för

politiskt konstruerade miljöer är att politiska beslutsfattare inte direkt uppfattar konsekvenser av sina beslut. Politiska beslut påverkar dessutom alla organisationer på samma sätt, vilket gör sådana beslut mindre anpassningsbara och flexibla (DiMaggio & Powell, 1983). När rationaliserade stater eller stora rationella organisationer utökar sin dominans över fler arenor speglar organisationsstrukturer allt mer institutionaliserade regler. Organisationer gör detta för att bli legitima av och inom staten. Resultatet blir allt mer homogena organisationer inom givna områden som organiserar sig utifrån överensstämmelser med större institutioner (Meyer & Rowan, 1977). Tvingande isomorfism belyser effekten av det politiska snarare än tekniska influenser på organisatoriska förändringar. Särskild vikt läggs vid myndigheters relationer och offentliga organisationers förmåga att förlita sig på legitima tvång (Scott, 1987).

*Mimetisk isomorfism* grundar sig på osäkerhet som leder till imitation. När målen är svårförståeliga eller när miljön skapar osäkerhet kan organisationer härma andra organisationer. De gör det bland annat genom implementering av nya organisationsmodeller som liknar de redan etablerade och framgångsrika organisationernas modeller. Organisationer härmar även framgångsrika idéer för att öka sin legitimitet, eller för att visa att de åtminstone försöker åtgärda de problem som finns. Desto större personalstyrka eller fler kunder som betjänas av en organisation innebär det också ett starkare tryck på organisationen att ha ett utbud av program och tjänster som erbjuds av andra organisationer. En kvalificerad arbetskraft eller en bred kundbas kan således även uppmuntra mimetiska isomorfism (DiMaggio & Powell, 1983). Mimetisk isomorfism kan ske utan några tydliga bevis på förbättringar och förklarar bland annat hur organisationer följer trender genom ett utbrett införande av managementmodeller som saknar empiriska bevis för bättre resultat (Abrahamson, 1996).

*Normativ isomorfism* förklaras främst som professionalisering, genom vilken medlemmar av ett yrke fastställer villkoren och metoden för arbetet. Detta för att bland annat upprätthålla en kognitiv bas och legitimitet för yrkets autonomi. Dessa normer förmedlas genom utbildning av personal och certifieringar som ackrediterats av professionella organisationer. DiMaggio och Powell (1983) identifierar nationalstater och professioner som de primära normgivarna av samtida institutionella former. Professioner omfattas av samma tvingande och mimetiska isomorfism som organisationer. Medan olika typer av yrkesverksamma inom en organisation kan skilja sig från varandra, uppvisar de stor likhet med sina professionella motsvarigheter i andra organisationer (DiMaggio & Powell, 1983).

Thornton, Ocasio och Lounsbury (2012) belyser att DiMaggio och Powells (1983) studie är en föregångare till institutionell logikperspektivet eftersom den identifierar professioner, staten och konkurrens som källor till rationalisering. Dessa influenser eller institutionella ordningar representerar alternativa källor till legitimitet som organisationer kan eftersöka i sin institutionella miljö. Enligt institutionell logikperspektivet skiljer sig dock källor till rationalisering i olika institutionella ordningar. Nedan följer en tabell som är översatt från Thornton, Ocasio och Lounsbury (2012) tolkning av DiMaggio och Powells (1983) studie.

<b>Källa till legitimitet</b>	<b>Profession</b>	<b>Stat</b>	<b>Marknad</b>
<b>Former av institutionell isomorfism</b>	Normativ isomorfism	Tvingande isomorfism	Mimetisk isomorfism
<b>Mekanismer för strukturering av fält</b>	Professionalisering	Den politiska makten, kulturella förväntningar	Standardsvar till osäkerhet
<b>Dominansmönster</b>	Konkurrens om status, professionell filtrering, tilldelas av staten		
<b>Koalitionsmönster</b>		Samförstånd, regeringsuppdrag, budgetcykler	
<b>Ömsesidig medvetenhet om den gemensamma verksamheten</b>	Socialisering av professionella, Fackförbund		Praxis utifrån framgångsrika organisationer

Tabell 1 (Thornton, Ocasio & Lounsbury, 2012:27, författarnas översättning)

## Institutionell logik

Institutionell logik är en forskningsgren inom nyinstitutionell teori och skiljer sig från tidigare perspektiv genom att, istället för isomorfa processer, fokusera på effekten av differentierade institutionella logiker som innehas av individer och organisationer i en komplex kontext (Thornton & Ocasio, 2008). Begreppet introducerades av Alford och Friedland (1985) för att beskriva de motsägelsefulla praktiker och övertygelser som finns inom institutioner i moderna västerländska länder. De beskrev kapitalism, statsbyråkrati och politisk demokrati som tre stridande institutionella ordningar med olika praktiker och övertygelser som formar hur individer tar ställning i konflikter. Friedland och Alford (1991) vidareutvecklade

institutionell logik genom att undersöka förhållandet mellan individer, organisationer och samhället. För Friedland och Alford (1991) består samhällets centrala institutioner av den kapitalistiska marknaden, den byråkratiska staten, familjen, demokrati och religion. Var och en har en central logik som vägleder och begränsar både mål och medel för individuellt beteende och är konstitutiva för individer, organisationer och samhällen. De motsättningar som finns inneboende i den differentierade uppsättningen av institutionella logiker ger individer, grupper och organisationer kulturella resurser för att utveckla enskilda identiteter, organisationer och samhällen (ibid). Baserat på Friedland och Alfords beskrivning definierar Thornton (2002) institutionell logik som *de normer, värderingar och övertygelser som strukturerar tankemönster hos aktörer i organisationer och ger en gemensam förståelse av hur strategiska intressen och beslut formuleras* (s. 82). Logiker formar således rationellt beteende och både individer som organisatoriska aktörer har en roll i utformningen och förändringen av institutionella logiker (Thornton & Ocasio, 2008).

Institutionell logik kan användas som ett ramverk för att analysera ömsesidiga förhållanden mellan institutioner, individer och organisationer i samhällssystem. Den hjälper forskare att besvara frågor gällande hur individuella och organisatoriska aktörer influeras av sin situation på flera sociala platser i ett interinstitutionellt system, som familjen, religionen, staten, marknaden, professionen och bolagen. Varje institutionell ordning i det interinstitutionella systemet kännetecknas av unika organiserande principer, praktiker och symboler som influerar individuellt och organisatoriskt beteende. Institutionella logiker representerar referensramar som bestämmer aktörers val för meningsskapande, det språkbruk de använder för att motivera agerande samt hur de uppfattar sig själva och sina identiteter. En viktig princip i institutionell logik är att var och en av samhällets institutionella ordningar består av både materiella och symboliska element. Den materiella aspekten av institutioner hänvisar till strukturer och metoder och den symboliska aspekten hänvisar till tankar och meningsskapande. Den symboliska och materiella aspekten är sammanflätade och konstitutiv av varandra (Thornton, Ocasio & Lounsbury, 2012).

### Institutionell logik, organisatoriska fält och institutionell förändring

Begreppen institutionell logik, organisatoriska fält och institutionell förändring har en stark sammankoppling (Reay & Hinings, 2009). Organisatoriska fält definieras av DiMaggio och Powell (1983) som uppsättningar av organisationer som utgör ett område av institutionellt liv; nyckelleverantörer, resurs- och produktkonsumenter, tillsynsmyndigheter och andra organisationer som producerar liknande tjänster eller produkter (ibid). Organisatoriska fält



organiseras oftast utifrån en dominerande institutionell logik, även om två eller flera institutionella logiker existerar samtidigt. Institutionell förändring förknippas vanligtvis med en rörelse från en dominerande logik till en annan. Även om andra logiker existerar, är det den dominerande logiken som styr beteendet. Studier har visat hur en ny logik kan införas till ett fält och bli dominerande och skapa nya riktlinjer för fältmedlemmar. Det har dock påvisats att olika logiker ibland kan fortsätta att samexistera under längre tidsperioder vilket skapar en konkurrens mellan logikerna. Rivaliteten mellan logiker kan ibland hanteras i hemlighet när förändringsarbete driver bort den gamla logiken. Det vill säga att rivaliteten mellan logikerna verkar lösas genom skapandet och erkännandet av en ny dominerande logik inom fältet, men vid en närmare granskning kan den gamla logiken som strider emot den nya fortsätta att existera och styra beteenden på mindre uppenbara sätt (Reay & Hinings, 2009). Thornton (2002) hävdar att institutionella logiker skapar tryck för organisationsförändringar genom att strukturera uppmärksamheten hos beslutsfattare i organisationer. När det existerar konkurrerande institutionella logiker skapas tryck för organisatoriska förändringar. Genom att en institutionell logik blir dominerande, påverkas organisationens strategi och struktur och beslutsfattarnas uppmärksamhet riktas mot frågor och metoder som är förenliga med den dominerande logiken (ibid).

Greenwood, Suddaby och Hinings (2002) lyfter professionella föreningars betydelse i föränderliga och mycket institutionaliserade organisatoriska fält och föreslår att de spelar en viktig roll i att legitimera förändring. De menar att professionella föreningar kan legitimera förändring genom att leda en diskursprocess inom vilken förändring diskuteras och godkänns. Detta först genom att förhandla och hantera debatten inom professionen och för det andra genom en definiering och omdefiniering av professionella identiteter och den institutionella logiken. Suchman (1995) beskriver legitimitet som en generaliserad uppfattning eller antagandet att åtgärder inom en enhet är önskvärda, korrekta eller lämpliga inom vissa socialt konstruerade system av normer, värderingar, övertygelser och definitioner (ibid).

### Tidigare forskning om professionalism och medicinsk professionslogik

Freidson (1994:10) tolkar professionalism som följande: *"I use the word 'profession' to refer to an occupation that controls its own work, organized by a special set of institutions sustained in part by a particular ideology of expertise and service. I use the word 'professionalism' to refer to that ideology and special set of institutions"* (ibid). Evetts (2009) beskriver att den ideala professionella yrkeskåren innehar en diskurs som konstruerats inom professionella yrkesgrupper, vilka genomsyras av kollegial auktoritet. Det handlar om

relationer där arbetsgivare och kunder litar på de yrkesprofessionella. Auktoriteten grundar sig i professionens autonomi, diskretionära bedömning, värdering, särskilt i komplicerade fall. Sådan auktoritet är beroende av gemensamma och långa utbildningar samt yrkesutbildning och utvecklingen av starka yrkesidentiteter och arbetskulturer. Alla kontroller operationaliseras av de yrkesprofessionella själva, vars riktlinjer hänförs från yrkesetiska principer fastställda av professionella institut och föreningar. Yrkesprofessionalism bygger således på professionens logik och legitimitet och dess grund består av *kollegialitet*, *kunskap* och *tillit*. Det innebär ett större förtroende för de professionellas eget omdöme i arbetet, därav ges de ett stort handlingsutrymme (ibid).

Freidson (2001) framför att det finns tre olika principer att organisera arbete utifrån i det moderna samhället, genom marknaden, organisationen och professionen. Han lyfter respektive fördelar och nackdelar med varje för både kunder och yrkesutövare och drar slutsatsen om vikten av att upprätthålla professionalism som den främsta organisationsprincipen för offentlig verksamhet. Professionalism, enligt Freidson (2001), är en idealtyp där organisationen och kontrollen över arbetet utövas av professionen istället för av marknaden eller genom en hierarki (ibid). Även Thornton (2002) belyser att professionella organisationsstrukturer består av enskilda relationer och inte hierarkier. Kompetensen inom sådana organisationer är inbäddade i relationer mellan professioner än i rutiner utifrån formell hierarki. Professionell yrkesutbildning och mentorskap gynnas som styrmedel, till skillnad från hierarkiska organisationer där kontroll och styrning utövas från den centrala ledningen (ibid). Professionalism är enligt Freidson (2001) det mest effektiva sättet att organisera arbete när arbetsuppgifter som ska utföras eller problem som ska lösas saknar enhetlighet och kräver således diskretionär specialisering, där särskilda kunskaper och färdigheter behövs, och när osäkerheterna är så hög att diskretion i användningen av dessa kunskaper och kompetenser är nödvändig (ibid).

*Medicinsk professionalism* är hälso- och sjukvårdens traditionella institutionella logik och innebär att den professionella domänens behörighet och ideologier dominerar, det vill säga att läkarna i första hand är experter inom sin forskning och praktik. Enligt den medicinska professionslogiken bedöms legitimitet utifrån kriterierna prestige och teknisk kvalitet av de tjänster som tillhandahålls. Självständighet är en viktig aspekt och grunden för medicinsk professionalism består av *hög vårdkvalitet*, *autonomi* och *tillräckligt med tid för patienter* (Reay & Hinings, 2009). Hallin och Siverbo (2003) beskriver att de medicinska professionernas mått på framgång är vårdens kvalitet samt att professionell standard

upprätthålls, vilka främst är kopplade till vårdprocesser snarare än vårdens resultat. Sådana standarder består av diagnostisering och behandling i enlighet med vetenskap och beprövad praktik. Resursbrist uppfattas av den medicinska professionen som ett hot mot vårdkvaliteten och den kliniska friheten. Läkares värdesystem bygger på en lojalitet gentemot patienter och den egna professionen, än mot organisationen och dess ledning (ibid). En organisering av hälso- sjukvården utifrån medicinsk professionalism har sin utgångspunkt i relationen mellan läkare och patient. Denna relation guidar tillhandahållandet av alla tjänster och läkarna fungera som oberoende förespråkare för sina patienter och låter sig inte styras av krav på effektivitet. Läkare använder sina professionella kunskaper för att avgöra vad som är lämplig vård för patienter, och andra yrkesverksamma följer läkarens önskemål eller beslut. Grunden för finansieringen av sjukvården enligt denna logik är att ge tillräckliga medel för att möta behovet som bestäms av läkare (Reay & Hinings, 2009; Goodrick & Reay, 2011).

### Tidigare forskning om marknadslogik och hur det har influerat hälso- och sjukvården

Uppkomsten av New Public Management har varit en av de mest slående internationella trenderna inom offentlig förvaltning. New Public Management (NPM) är ett samlingsbegrepp för marknadslika styrmetoder baserade på konkurrens, marknadsanpassning och managerialism, vilka syftar till att skapa en resurseffektiv produktion samt kundorientering (Hood, 1991). Anledningen till införandet av NPM-influerade reformer var de stora utmaningar som välfärdsstaten stod inför, vilka inkluderade bland annat frågor om dess effektivitet och legitimitet. Styrmodeller från den privata sektorn implementerades inom offentlig sektor med förhoppningen att förbättra produktiviteten och effektiviteten (Busch & Wennes, 2012). I och med denna utveckling belyser Evetts (2009) att relationer mellan professioner och klienter har omvandlats till kundrelationer genom inrättandet av kvasi-marknader, kundundersökningar och utvärderingar, kvalitetsåtgärder och prestationsfinansieringar. Produktion, publicering och spridning av kvalitets- och målmätningar är kritiska indikatorer för att ändra välfärdstjänster till en marknad (ibid).

Medicinsk professionalism var länge den dominerande logiken inom vårdsektorn, med sina starka och dominanssökande professioner, tills NPM-influerade reformer medförde marknadslogik med stor fokus på kvantifiering (Liff & Andersson, 2013). Läkekonsten har organiserats allt mer utifrån en industriell logik och färgats av olika styrmetoder. I och med denna förändring relateras *vård* i större grad till bunten av varor och tjänster som säljs till en

vårdkonsument, istället för den tidigare användningen av begreppet som hänvisade till omvårdnaden av en patient. Den medicinska domänen har influerats av ekonomiska överväganden, vilka har ställt krav på läkare att både hålla ett öga på kostnader och på patienten. *Kostnad* och *management* är i dagsläget förgivet tagna termer inom det medicinska området att sådana marknads- och redovisningsmässiga termer återkommer även inom auktoritativa riktlinjer för klinisk praxis (Samuel m.fl., 2004). Reay och Hinings (2009) studie av hälso- och sjukvården i Alberta, Kanada, visar att ett införande av marknadens logik inom sjukvården har inneburit en utgångspunkt från ett resultatorienterat perspektiv med stor fokus på finansiering. Finansieringen av sjukvården utifrån marknadslogik utgår ifrån att verksamheterna ska prestera mer med samma eller mindre medel. De principer som associeras med marknadens logik är *kostnadseffektiv behandling* och *kundtillfredsställelse* (Reay & Hinings, 2009).

Ruef och Scott (1998) framför att läkare och sjuksköterskor arbetar mer i enlighet med professionell logik som betonar vårdkvalitet, medan chefer och direktörer åtar sig en marknadslogik, som i huvudsak prioriterar effektivitet. Även Hallin och Siverbo (2003) framför att den administrativa ledningen inom hälso- och sjukvården är starkast influerad av marknadslogik, då införandet av marknadslika styrformer inom offentlig verksamhet har främjat näringslivets managementidéer som inspirationskälla. Inom den administrativa domänen prioriteras andra värden och kompetenser än inom den medicinska. Värden som effektivitet utgör grunden för styrningen där tillhandahållandet av kvalitativ vård till så låg kostnad som möjligt eftertrakts. Både yttre och inre effektivitet prioriteras, där den yttre effektiviteten avser att tillgodose medborgarnas behov och den inre effektiviteten avser främst att producera kostnadseffektiv vård. Hallin och Siverbo (2003:58) framför; "*Att arbeta för en effektiv verksamhet är ett sätt för ledningen att få en tydligare identitet och att skapa legitimitet för sin roll i organisationen hos politikerna*".

# Analys

Kapitlet inleds med en kort genomgång av arbetet kring värdebaserad vård inom Sverige för att sedan redogöra för, och analysera utifrån studiens teoretiska utgångspunkter, vilka institutionella tryck som kan antas ligga till grund för implementeringen av strategin värdebaserad vård vid Sahlgrenska universitetssjukhuset. Vidare beskrivs det nya arbetssättet inom sjukhuset för att slutligen analysera hur institutionella logiker framträder i medarbetares och mellancheferers dagliga arbete innan och efter implementeringen av strategin värdebaserad vård. Detta utifrån respondenternas utsagor, artiklar och föredrag om värdebaserad vård inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset och interna dokument vilka främst består av budgetar och årsredovisningar från år 2012 till och med år 2015.

## Införandet av värdebaserad vård inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset

År 2013 etablerades Sveus - Nationell samverkan för värdebaserad ersättning och uppföljning i hälso- och sjukvården, ett nationellt samarbete i Sverige mellan fler än 50 organisationer vilka består av specialitetsföreningar, kvalitetsregister, patientföreningar, landsting/regioner, universitet, Försäkringskassan och Socialdepartementet. En av regionerna som är med i samarbetet är Västra Götalandsregionen, vilken är Sahlgrenska universitetssjukhusets uppdragsgivare (Sveus, 2016).

Sveus arbete syftar till att utveckla styrningen av hälso- och sjukvården i riktning till en mer patientcentrerad och jämlik vård där resurser används på bästa sätt för att skapa god hälsa för befolkningen, samt en stimulerande arbetsmiljö för vårdpersonal. Sveus arbete avser att resultera i; 1) jämförelser mellan landsting/vårdgivare avseende skillnader i metoder, hälsoutfall och kostnader; 2) värdebaserade uppföljningssystem och; 3) värdebaserade ersättningssystem (ibid). Michael E. Porter som är grundaren till strategin värdebaserad vård har dessutom medverkat i konferenser som arrangerats av Sveus och hållit föredrag. I ett av föredragen hävdar han att hälso- och sjukvårdens fundamentala mål är att förbättra värdet för patienten, vilket också är den enda riktiga lösningen på vårdens problem (Sveus, 2014).

Värdebaserad vård infördes inom Sahlgrenska universitetssjukhuset (SU) under år 2013 som sjukhusets viktigaste styrprincip. Målet med införandet av värdebaserad vård inom SU var att

utifrån tilldelade resurser skapa största möjliga värde för patienten, vilket förutsätter fokus på både kliniska resultat och kostnader. Värdet definieras enligt sjukhuset som *medicinska utfall relaterat till resursåtgång*. Det nya arbetssättet infördes genom fyra pilotprojekt inom områdena prostatacancer, barnhjärtkirurgi, bipolär sjukdom och höftledsartros (Sahlgrenska universitetssjukhuset, 2014).

Barbro Fridén, dåvarande sjukhusdirektör när värdebaserad vård infördes inom SU, förklarar i en konferens arrangerad av Sveus den 25e november 2014 några av de skäl till varför värdebaserad vård införts inom SU. Hon belyser att de inom SU har försökt fånga patienters upplevelse av vården på olika sätt och kommit fram till att de tidigare har varit dåliga på att mäta värden som spelar stor roll för patienten. Patienter har även uttryckt en stor vilja att vara delaktiga i sin egen vård i större grad. Vidare framför Barbro Fridén att SU har haft en balanserad ekonomi och god kostnadskontroll sedan flera år tillbaka, vilket utgjorde goda förutsättningar för förändringsarbete. I ledningsgruppen konstaterades dessutom att det fanns utrymme för förbättringar av de medicinska utfallen, vilka hade varit medelmåttiga innan strategin infördes. Vidare belyser Fridén att det som var mest oroväckande var den distans som fanns mellan vårdprofessionerna och att leda och styra verksamheten för de medicinska utfallen som eftersträvades. Fridén menar att det är ett resultat av att fokus har legat på fel saker som inte varit av intresse för vårdprofessionerna, så som styrningen med utgångspunkt i processer och budgetallokeringar. Allt detta ledde till att ledningen inom SU valde värdebaserad vård som sjukhusets huvudstrategi, och att styra på värde istället för kostnadskontroll (Sveus, 2014).

Jacobsen och Thorsvik (2008) framför att organisationer kan reducera osäkerheten om vilka möjligheter och hot som finns genom ett stort inflytande på omvärlden. För att uppnå det måste organisationer för det första *minska osäkerheten* om vad som sker i omvärlden, genom en anpassning till den som möjliggör en god informationstillgång. För det andra måste organisationer kunna påverka åsiktsbildningen i sin omvärld för att *vinna legitimitet* så att strategiska val anses vara acceptabla från omvärlden (ibid). Sahlgrenska universitetssjukhuset minskar osäkerheten om vad som sker i dess omvärld och möjliggör en god informationstillgång genom en anpassning till den, där värdebaserad vård fått en stor spridning. Detta även genom att medverka i samarbeten som Sveus och hålla föredrag om sin framgång gällandes det nya arbetssättet. Genom att vara norra Europas största sjukhus och ett av de första sjukhusen i Sverige som infört värdebaserad vård har SU möjlighet till att påverka åsiktsbildningen i sin institutionella omvärld och därmed vinna legitimitet. Ett

exempel på detta är från årsredovisningen för år 2015 där det uppges att; *"Det värdebaserade arbetssättet har fortsatt röna internationell uppmärksamhet och flera utländska och svenska vårdteam har besökt SU i studiesyfte. Sjukhusdirektören är en ofta anlitaad föredragshållare vid internationella konferenser avseende värdestyrning"* (Sahlgrenska, 2016:5).

Zucker (1987) belyser att organisationer påverkas av normativa tryck från både externa aktörer och inifrån den egna organisationen. Det externa tryck som påverkade SU till att införa värdebaserad vård kan antas vara patienternas uttryckta viljor att vara mer delaktiga i sin vård, krav på bättre medicinska utfall och inbjudan till samverkan med Sveus. Trycket inifrån organisationen framträder genom Barbro Fridéns uttalande att vara det stora glappet mellan vårdprofessionerna och sjukhusets ledning. Hon menar att professionerna bör vara mer delaktiga till att styra sjukhuset mot att nå de önskvärda medicinska utfallen (Sveus, 2014). Det interna trycket kan även utifrån Thornton (2002) förklaras som att det tidigare har funnits tydliga konkurrerande logiker, vilket skapar tryck för organisatoriska förändringar. Reay och Hinings (2009) menar att organisationsförändringar förknippas vanligtvis med en rörelse från en dominerande logik till en annan (ibid), vilket påverkar organisationens strategi och struktur samt riktar beslutsfattarnas uppmärksamhet mot frågor och metoder som är förenliga med den dominerande logiken (Thornton, 2002). SU har tidigare styrts genom marknadslogik med fokus på processer och budgetallokering, vilket har gått emot professionernas institutionella logik. Genom ett införande av värdebaserad vård, som ämnar stärka vårdprofessioner och skapa värde för patienter, växlar den dominerande logiken inom verksamheten från marknadslogik till medicinsk professionalism.

SU:s samarbete med Sveus grundar sig i Västra Götalandsregionens medverkan i organisationen, vilket kan tolkas som ett tvingande tryck till att införa värdebaserad vård inom sjukhuset, då Västra Götalandsregionen är SU:s uppdragsgivare. Detta utifrån DiMaggio och Powells (1983) teori om *tvingande isomorfism* som härleds från både formella och informella tryck från andra organisationer samt från kulturella förväntningar i samhället. Sådana tryck kan ta sig i uttryck som övertalningar eller inbjudningar att delta i samverkan. Meyer och Rowan (1977) framför att när stora rationella organisationer utökar sin dominans speglar organisationsstrukturer allt mer institutionaliserade regler. Organisationer gör detta för att vinna legitimitet, vilket resulterar i allt mer homogena organisationer inom givna områden som organiserar sig utifrån överensstämmelser med större institutioner. Då Sveus består av ett samarbete mellan femtiotal organisationer, vilka består av bland annat några av Sveriges största regioner och landsting samt huvudaktörer inom hälso- och sjukvård (Sveus,

2016), speglar det organisationens dominans inom sjukvårdssektorn. Genom denna dominans kan det tas för givet att Sveus fastställer institutionaliserade regler, där följsamheten till dem blir avgörande för andra organisationers legitimitet. Det kan leda till att vårdorganisationer i Sverige blir allt mer homogena och att dessa organiserar sig för att överensstämja med Sveus nationella arbete.

Barbro Fridén uppger att en av anledningarna till införandet av strategin var att förbättra sjukhusets medicinska utfall, vilket kan tolkas som mimetisk isomorfism, då DiMaggio och Powell (1983) menar att en kvalificerad arbetskraft eller en bred kundbas kan uppmuntra till mimetiska isomorfism. SU är som tidigare nämnt norra Europas största sjukhus och att inte införa en strategi som fått stor spridning och gynnar både vårdpersonal och patienter kan antas riskera en förlust av legitimitet. DiMaggio och Powell (1983) framför även att organisationer kan härma populära idéer för att öka sin legitimitet, eller för att visa att de åtminstone försöker åtgärda de problem som finns. Då ett av syftena med införandet av värdebaserad vård inom SU var att förbättra de medicinska utfallen kan ett införande av strategin enligt mimetisk isomorfism tolkas som sjukhusets försök till att visa för omvärlden att de existerande problemen åtgärdas. Exempel på detta återges vid en intervju med en representant från arbetsgruppen för värdebaserad vård inom Mölndal Ortopedi;

*"Grundidén med att köra in det här var för min del var att vi hade sämre utfall när vi opererade höftproteser hos oss jämfört med resten av Sverige. Det skyllde vi på att vi var ett universitetssjukhus och att vi hade sjukare klientel men till och med när vi justerade för det och vi tittade bara på dem patienter som påminner om rikets genomsnitt, till och med då var vi sämre. För min del så var det grundingången till det här, att vi förbättrar utfallen för patienterna" (Läkare).*

Att ha sämre medicinska utfall i jämförelser med andra vårdgivare påverkar direkt sjukhusets legitimitet. Hallin och Siverbo (2003) beskriver att de medicinska professionernas mått på framgång är vårdens kvalitet, vilket innebär att en uteslutning av åtgärdande av sämre medicinska utfall kan riskera en förlust av både patienter och vårdpersonal. Värdebaserad vård syftar till att både skapa värde för patienter och stärka vårdprofessioner (Porter & Tiesberg, 2006), vilket är attraktivt för patienter som personal. Dock har strategin fått kritik för att dess effekter inte har bevisats i vetenskapliga studier (Akner & Järhult, 2016), vilket styrker Abrahamsons (1996) teori om att mimetisk isomorfism kan manifesteras när organisationer följer trender genom ett utbrett införande av managementmodeller som saknar



empiriska bevis för bättre resultat. Ett annat exempel på det är att det ofta talas om värdebaserad vård som ett nytt paradigm och även Barbro Fridén uttalar sig om det i en artikel i Dagens Medicin där hon uttrycker; *"Jag pratar med folk i England, Frankrike Holland och USA. Alla tänker samma sak. Det är ett paradigmskifte som är rätt och som kommer att göra det mycket mer attraktivt att jobba i sjukvården"* (Dagens Medicin, 2015).

## Arbetssättet enligt värdebaserad vård inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Arbetssättet enligt värdebaserad vård inom Sahlgrenska universitetssjukhuset beskrivs som följande; *"Arbetssättet öppnar upp för ett förbättringsarbete initierat, styrt och utfört av vårdprofessionerna tillsammans med patienterna på ett systematiskt sätt och detta förefaller utifrån resultaten från pilotprocesserna ge stor arbetstillfredsställelse och ansvarstagande"* (Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2014:5). All personal, oavsett verksamhetsområde, som är delaktiga i sjukdomsprocessen möts och arbetar systematiskt nära tillsammans. Detta kombineras med regelbundna mätningar och uppföljning av medicinska resultat för att förbättra vårdkvaliteten inom alla nivåer. Sjukhuset har även förbättrat lyhördheten gentemot patienterna genom patientenkäter samt genom att ha med en patientrepresentant i utvecklingsmöten. Det nya arbetssättet sammanfattas som följande; *"Rent konkret innebär värdebaserad styrning att vården är patientcentrerad, och att patienter erbjuds rätt vård i rätt tid. Det innebär också att sjukvården ska vara evidensbaserad, ha hög kvalitet och att sjukhusets processer ska vara effektiva"* (Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2014:14).

I detaljbudgeten för år 2015 framförs det att styrningen mot värdebaserad vård har resulterat i ökad kostnadseffektivitet och vårdkvalitet inom områdena ortopedi, osteoporos och bipolär sjukdom (Västra Götalandsregionen, 2014). Ortopedi Mölndal, inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset, mottog kvalitetspriset för vården av höftprotespatienter i mars år 2015, tack vare de förbättringar som uppnåddes efter införandet av värdebaserad vård år 2013. Resultaten av övergången till värdebaserad vård var år 2015 halverade väntetider, ökad operationstakt med ca 40 procent, en minskning av komplikationer med 20 procent och nöjdare patienter från 86 procent till 91 procent. Förbättringarna har skett inom ramen för samma budget som tidigare år och bland annat genom arbete i specifika team och med fokus på tidig rehabilitering. Mölndal Ortopedi har även haft närvarande patientrepresentanter som

getts möjlighet att föra fram åsikter och synpunkter ur patientperspektivet (Sahlgrenska, 2015).

Utifrån normativ isomorfism kan arbetssättet enligt värdebaserad vård inom SU, som det är beskrivet i formella dokument, tolkas som professionalisering, då professionerna ges ett större utrymme att påverka förändringar inom verksamheten och det nya arbetssättet. Enligt normativ isomorfism fastställer professionerna villkoren och metoderna för arbetet (DiMaggio och Powell, 1983), och i sjukhusets årsredovisning för 2013 beskrivs värdebaserad vård som ett *förbättringsarbete initierat, styrt och utfört av vårdprofessionerna tillsammans med patienterna*. Vidare i kapitlet analyseras medarbetares och mellanchefer utsagor på verksamhetsnivå för att komma närmare hur de upplever den nya strategin för vårdens styrning.

## Medicinsk professionslogik

### Autonomi och kollegialitet

Att avsikten med införandet av värdebaserad vård inom SU dels var att stärka vårdprofessionerna, är något som respondenterna bekräftade. De menade på att de har ett större utrymme i beslutsprocesser sedan strategin tillkom, varav en representant från arbetsgruppen för värdebaserad vård inom Mölndal Ortopedi ger exempel på genom följande uttalande;

*"I princip så har det blivit så att vi fattar besluten i gruppen och när det är dags att fatta beslut då tar vi dit dem cheferna som är beslutsfärdiga. Så vi har ett grundarbete, vi kör dataanalys. Och när vi har en färdig lösning som vi tror att verksamhetschefen eller teamchefen kan köpa, då tar vi dit dem och så säger vi lyssna nu vi har gjort det här och det här och det här borde inte vi tänka såhär... vi kan inte ha minoritetsstyre utan jag kallar alla på möte. Alla avdelningscheferna, så diskuterar vi det här. Och dem som är där, dem får ta ett beslut. Och är man inte där eller är man i minoritet så är man inte delaktig och fattar beslutet" (Läkare).*

Genom mandat till att arbeta fram beslutsunderlag och utrymme till att vara med och påverka i samband med beslut har vårdprofessionernas ställning inom Mölndal Ortopedi stärkts. Det är i linje med den medicinska professionens logik, där läkare anses vara experter inom sitt område och därmed också lämpligast för att avgöra vad som är bra vård för patienter och där

andra yrkesverksamma följer läkarbesluten (Reay & Hinings, 2009). Evetts (2009) beskriver att den ideala professionella yrkeskåren innehåller en diskurs som konstruerats inom professionella yrkesgrupper, vilket möjliggörs i större grad inom Mölndal Ortopedi genom grupper för värdebaserad vård. Ett exempel på detta framträder i följande uttalande;

*"Det har blivit så att vårdprofessionerna har mer att säga till om. Och då är det inte att man bara sitter i chefsgrupperna och bestämmer saker utan nu sitter vi i en medarbetargrupp, bestående av fysioterapeuter, arbetsterapeuter och sköterskor, patientrepresentant och av och till expertis, individer alltså som vi kopplar på som vi säger hej kom och titta på vad vi gör och kom gärna med synpunkter på vårt arbetssätt" (Läkare).*

Evetts (2009) benämner att professionella yrkesgrupper bör genomsyras av kollegial auktoritet och att ett stort förtroende och handlingsutrymme bör ges till de professionellas eget omdöme i arbetet. Det sker en utveckling mot denna riktning inom Mölndal Ortopedi, då professionerna ges ökade möjligheter till att påverka beslut och nya arbetssätt i en specifik arbetsgrupp för värdebaserad vård. Gruppen består av alla vårdprofessioner inom ortopedin som är delaktiga i vårdprocessen för patienter. Detta har skapat närmre relationer och bättre kommunikation mellan professioner, vilket stärker kollegialiteten. Just den stärkta kollegialiteten återkommer i flera intervjuer, med följande uttalande som exempel;

*"Alla yrkeskategorier är samlade, där har man möjlighet att ventilerar saker med varandra, att man ska tänka på det här, att man ska förbättra. Teamwork har förbättrats i jämförelse med tidigare. Det är viktigt att inte bli insnöad på sin avdelning. Man pratar med varandra, yrkeskategorierna. Och yrkeskategorierna styr förbättringarna än att det skulle komma uppifrån. Tycker det är mer Teamwork på ett annat sätt" (Sjuksköterska).*

Thornton (2002) belyser att professionella organisationsstrukturer består av enskilda relationer och inte hierarkier. Kompetensen inom sådana organisationer är inbäddade i relationer mellan professioner än i rutiner utifrån formell hierarki. Inom Mölndal Ortopedi har det nya arbetssättet inneburit en utveckling emot skapandet av sådana relationer och en dämpning av den formella hierarkin. Beslut tas inom arbetsgruppen för värdebaserad vård genom en diskussion mellan professionerna och med samråd av chefer. Det är dock cheferna som har den formella beslutsmakten, men i intervjuerna uppges att *valida data* är ett avgörande verktyg i diskussionerna med berörda chefer och andra yrkesverksamma vid beslutsprocesser. Data tas fram inom projektgrupper som sedan presenteras inom arbetsgruppen där beslut tas. Intervjuszvaren visar på att vårdprofessionen ökar sina chanser

till att få igenom önskade beslut och nya arbetssätt genom presentera övertygande bevis utifrån valida data. En medarbetare framför att;

*"Det är svårt att vinna argumentationen om man inte har valida data, för tricket med värdebaserad vård är att man genom ett knapptryck får fram valida data och har man det och presenterar fram ett förslag, då räcker det inte med att man säger att man jobbat i 50 år och vet hur det ska vara. Det räcker inte va" (Läkare).*

Freidson (2001) belyser att det mest effektiva sättet att organisera arbete när arbetsuppgifter som ska utföras eller problem som ska lösas saknar enhetlighet och kräver således diskretionär specialisering, där särskilda kunskaper och färdigheter behövs, är utifrån professionalism. Med grund i Freidsons argument kan det antas att vården blir mer effektiv inom Mölndal Ortopedi då det nya arbetssättet i större grad tar tillvara vårdprofessionernas kunskaper och kompetenser. Det innebär en förstärkning av den medicinska professionalismen genom en organisering av verksamheten med utgångspunkt i den professionella domänens behörighet och ideologier. Hallin och Siverbo (2003) beskriver att de medicinska professionernas mått på framgång är vårdens kvalitet samt att professionella standarder upprätthålls, vilka främst är kopplade till vårdprocesser snarare än vårdens resultat. I och med att alla vårdprofessioner som möter patienten inom ortopedin är med i antingen projektgruppen eller arbetsgruppen utökar professionernas inflytande över vårdkvaliteten och att professionella standarder upprätthålls. Ett införande av värdebaserad vård inom Mölndal Ortopedi har således stärkt kollegialiteten, tilliten till professionerna samt förändringar baserade på valida data, vilka utgör yrkesprofessionalismen grund enligt Evetts (2009).

## Vårdkvalitet

Nordenström (2014) förklarar att utmaningarna inom vården är att skapa en hälso- och sjukvård där undvikbara vård skador inte förekommer och där all form av onödig vård och slöseri elimineras samt där all vård bedrivs enligt aktuell evidens. Vårdprofessionerna inom Mölndal Ortopedi uppger att sedan strategin värdebaserad vård infördes har man sett över hela vårdprocessen och ändrat vissa rutiner som skulle kunna ge komplikationer, skapa mer arbete för vårdpersonal samt generera i sämre vårdkvalitet. Genom att eliminera bort överflödiga rutiner har man förkortat vårdtiden för patienterna från 3-5 dagar till 2-3 dagar. Professionerna återger att en åtgärd för att minimera risken för infektioner och komplikationer har varit just kortare vårdtider, då det inte är bra för patienter att vistas för

länge i sjukhusmiljö. Detta resulterar i en förstärkning av den medicinska professionslogiken, vars mått på framgång är hög vårdkvalitet med avsaknad av vård skador (Hallin och Siverbo, 2003). En medarbetare beskriver förbättringarna efter införandet av värdebaserad vård som följande;

*"Den värdebaserade vården är ju tänkt att den ska göra gott för patienten och i förlängningen blir det ju också gott för vården om man kan hålla en god vårdtid, en bra vårdtid och en kort vårdtid och inte få några komplikationer, så är det det bästa för patienten men också oss som vårdare"* (Sjuksköterska).

Porter och Teisbergs (2004) motivering till ett införande av värdebaserad vård var missnöjet bland alla aktörer inom det amerikanska vårdsystemet. De menade på att patienter oroade sig över vårdens kostnader och kvalitet, arbetsgivarna fick hantera missnöjda medarbetare, vårdprofessioner hade fått en ökad administrativ börda samt sina professionella bedömningar åsidosatta. I och med införandet av värdebaserad vård inom Mölndal Ortopedi har det skett en förbättring för samtliga aktörer, vilket resultera i att verksamheten dessutom vann det prestigefyllda Kvalitetspriset i mars år 2015 (Sahlgrenska, 2015). Några åtgärder för att uppnå förbättrade resultat av medicinska utfall inom Mölndal Ortopedi har varit att kontinuerligt samla in data från patienterna och se över hela vårdprocessen för patientgrupperna där man går igenom medicinska utfallsmått. Detta för att hela tiden sträva mot att förbättra vårdresultaten. Ett exempel på det förändrade arbetssättet lyder;

*"Arbetsrutinerna har ändrats på så sätt att det finns formulär som patienten helst själv fyller i eller svarar på med hjälp av personal. Det är liksom det som har förändrats och att man ett år efter operation samlar in samma data och frågar samma frågor en gång till. Vi har tittat på allt från våra vårdtider, och hur vi bemöter patienter, och informationsmaterial. Vi har tittat över hela den biten. I samband med att strategin infördes"* (Läkare).

I årsredovisningen för år 2015 framgår det att genom att arbeta i tvärprofessionella arbetsgrupper runt ett sjukdomstillstånd har det skapats högkvalitativa vårdprocesser. Det uppges att *"De positiva erfarenheter som upplevs av de grupper som startat med värdebaserad vård förutom mätbara resultat är ökad patientdelaktighet, ökat engagemang från olika professioner, ökat samarbete inom verksamheten, bättre kommunikation, bättre fokus på patienten och bättre fokus på resultaten samt ökat samarbete mellan olika verksamhetsområden på sjukhuset"* (Sahlgrenska universitetssjukhuset, 2016). Enligt den medicinska professionslogiken bedöms legitimitet utifrån kriterierna prestige och teknisk

kvalitet av de tjänster som tillhandahålls. Självtändighet är en viktig aspekt och grunden för medicinsk professionalism består av *hög vårdkvalitet, autonomi och tillräckligt med tid för patienter* (Reay & Hinings, 2009). Utifrån det som är skrivet i årsredovisningen samt medarbetarnas utsagor går det att bekräfta att den medicinska professionalismen har förstärkts genom en styrning baserad på logikens grundstenar. Den förbättrade vårdkvaliteten har dock ett tydligt samband med en ökad kostnadseffektivitet, vilket beskrivs närmare i kapitlets nästa del.

## Marknadslogik

### Kostnadseffektiv behandling

I intervjuerna framkommer det att i och med införandet av strategin värdebaserad vård inom Mölndal Ortopedi har det skapats en stark betoning på *korta vårdtider*. Som tidigare nämnt har verksamheten kortat ned vårdtiden från 3-5 dagar till 2-3 dagar, vilket den senare följs mer eller mindre strikt då undantag endast får ske genom en tydlig motivering till varför patienten behöver stanna längre på avdelningen. Skälen till kortare vårdtider har sin grund i att sjukhusets processer har effektiviserats för att skapa bättre flöden. Onödiga och riskfyllda delar av vårdprocessen har eliminerats för att minska risken för komplikationer och skapa ett större värde för patienter. Blodgruppsprovtagningen på morgonen innan operation har uteslutits, då det har konstaterats att ingen patient behöver blodtransfusion ur akut under operation. Urinkateter sätts heller inte längre in som rutin för att minska infektionsrisken. För övrigt har onödiga transporter också setts över och patienten får åka direkt till röntgen efter operation, istället för dagen efter. Det bidrar både till effektivare processer samtidigt som patienten får genomgå röntgen medan en viss del av smärtlindringen fortfarande sitter kvar, vilket gör röntgenproceduren behagligare för patienten. I det nya arbetssättet har det dessutom funnits stor fokus på tidig rehabilitering. Patienterna får ett aktivitetsschema och får gå upp och ställa sig och trampa bredvid sängen redan vid uppvaket efter operation, istället för att vänta till dem har kommit till avdelningen som tidigare. De medicinska fördelarna med kortare vårdtider och det nya arbetssättet finns det en stark enighet om bland personalen. Det återberättas i varje intervju att korta vårdtider och tidig rehabilitering leder till färre komplikationer och förbättrad återhämtning efter operation. Förändringarna har även bidragit till ekonomiska fördelar då kostnaden för en operation har minskat från 72 000 kronor till 64 000 kronor samtidigt som operationstakten har ökat med 40 procent (Sahlgrenska, 2015).

Införandet av värdebaserad vård har således resulterat i både goda medicinska och ekonomiska resultat för Mölndal Ortopedi. En läkare återger följande;

*"Vi som jobbar inom sjukvården vi tror att det finns ett motsattnförhållande mellan bra vård och billig vård. Många av oss tror att om vården blir billig då är den sämre eller om vi försöker göra vården billig så gör vi den sämre. Jag är helt säker på att det är precis tvärtom, i den bemärkelsen att gör vi bra sjukvård, så kostar det mindre. Får patienterna dålig sjukvård så kostar det mer" (Läkare).*

Det existerar både medicinsk professionell logik och marknadslogik inom verksamheten. Motiveringarna till införandet av värdebaserad vård har dock starkare inslag av medicinsk professionalism. Sjukhusets processer har effektiviserats med utgångspunkt i att främst minska komplikationer och förbättra återhämtningen för patienter. Att läkare i större grad är involverade i hälso- och sjukvårdens organisering tyder på en stärkning av medicinsk professionalism. Goda medicinska resultat genom kortare vårdtider har stöd i beprövad praktik och forskning, vilket är i enlighet med att den professionella domänens behörighet och ideologier dominerar (Reay & Hinings, 2009). Genom en effektivisering av verksamheten utifrån denna utgångspunkt minskas risken för att det uppstår situationer där professionerna blir tvungna att balansera de olika institutionella logikerna och hantera ibland motstridiga mål (Styhre, Roth & Roth, 2016). Detta då syftet med arbetssättet har en starkare grund i medicinsk professionalism och att arbeta för patientens bästa. Följande uttalande ger exempel på det;

*"Jag tror att det här är en bättre tillvägagångssätt en om man hade ändrat om hela. Vi är lite allergiska mot stora organisationsförändringar inom sjukvården. Därför är det här en mer tilltalande metodologi och visa att det går och så gör förändringarna för patienternas skull. Även om konsekvenserna av förändringarna blir att det blir ekonomiskt bättre för sjukhuset" (Läkare).*

Ruef och Scott (1998) framför att läkare och sjuksköterskor arbetar mer i enlighet med professionell logik som betonar vårdkvaliteten, medan chefer och direktörer åtar sig en marknadslogik, som i huvudsak prioriterar effektivitet. Detta mönster återfinns även inom Mölndal Ortopedi, där professionerna motiveras till de förändrade arbetssätten för att förbättra vården för patienter medan mellanchefer upplever att det är deras ansvar att se till att vårdtiden på 2-3 dagar hålls inom verksamheten. Ansvarsutkrävandet har också blivit tydligare, då varje avvikelse från den bestämda vårtiden måste förklaras och motiveras

skriftligt. Reay och Hinings (2009) menar att utifrån marknadslogik organiseras hälso- och sjukvårdstjänster på grundval av effektivitet och ansvarsutkrävande. En chef uttrycker;

*"Jag tror att jag är mer vaken på hur länge patienten är här, när dem kommer in och hur det går. På det sättet. Och det innebär ju då att man kan uppleva sig jagad... Dem kan ju också ibland tycka att nu pressar ni för mycket. Dem kan också tycka att vi är hårda ibland när vi säger nej men varför har inte den gått hem, du vet man tittar varför har inte den gått hem. Har det blivit komplikationer?" (Vårdenhetschef).*

Detta visar på ett motsatsförhållande till den medicinska professionella logiken enligt vilken organiseringen inom verksamheten har sin utgångspunkt i relationen mellan läkare och patient och där läkarna fungera som oberoende förespråkare för sina patienter och låter sig inte styras av krav på effektivitet (Reay & Hinings, 2009). Även om korta vårdtider är gynnsamt för patienten ur medicinska synpunkter upplever flera medarbetare en viss stress och vårdenhetschefer upplever att det måste pressa sina medarbetare. Trots att värdebaserad vård har sin utgångspunkt i att skapa värde för patienten finns fortfarande kostnadseffektivitet med i kalkylen då värde definieras som hälsoutfall genom spenderad krona. Själva strategin värdebaserad vård har således influenser av både medicinsk professionalism och marknadslogik. Reay och Hinings (2009) studie visar att ett införande av marknadslogik inom sjukvården innebär en utgångspunkt från ett resultatnriktat perspektiv. Ett resultatnriktat perspektiv finns även inom Mölndal Ortopedi, vilken medfört vissa påfrestningar för medarbetare. En ökad arbetsvolym återspeglas i många av medarbetarnas uttalanden;

*"Det är ju positivt allting kan jag tycka, men det är väldigt svårt att genomföra om man inte har verktygen, t.ex. mer personalen. Nu vann ju vi kvalitetspriset efter det här projektet, och det var ju för att de här parametrarna här gav ju rätt resultat, men till vilket pris?... Jag känner nog att dem är trötta och liksom har hållit på länge att dem vill ha förstärkning i och med det att tempot har ökat och så där va, men det är ingen som lyssnar. Alltså man ska effektivisera men man får liksom inte fler personer känns det som. Så det är ju synd"* (Fysioterapeut).

Uttalandet speglar ett tydlig framträdande av marknadslogik genom att verksamheten har organiserats för en effektivare användning av arbetskraft (Reay & Hinings, 2009), då medarbetare upplever att de förväntas hjälpa fler patienter än tidigare utan en ökning i personalstyrka. I och med denna effektivisering behandlar vårdpersonalen nästan dubbelt så



många patienter. Den ökade arbetsvolymen framhävs även i Sahlgrenska universitetssjukhusets årsredovisning för 2015, där det framgår att resultaten från medarbetarenkäten visat att *"Områden med störst förbättringsbehov är arbetsrelaterad utmattning, arbetstakt, och målkvalitet (s 34)*. Hierarkin inom SU är således fortfarande stark där professionerna påverkas av krav på effektivitet uppifrån, vilket går emot Freidsons (2001) definition av professionalism, där kontrollen över arbetet utövas av professionen istället för av marknaden eller genom en hierarki. En annan aspekt av marknadslogik som prioriteras mer inom verksamheten är kundorientering, vilken beskrivs närmare nedan.

## Kundorientering

Ett av målen med värdebaserad vård inom SU är att skapa största möjliga värde för patienten utifrån tilldelade resurser och göra patienten mer delaktig i sin egen vård. I intervjuerna nämns att verksamheten har blivit mer lyhörd för patienten och att dess åsikter tas del av bland annat genom en enkät. I samband med införandet av värdebaserad vård år 2013 initierades samtidigt ett värdegrundsarbete som år 2015 resultera i en ny fastställd värdegrund vilken lyder; *"Tillsammans – för patienten, med patienten"* (Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2016:7). Även i detta arbete framhävs patientens roll i vården och stor vikt läggs patientens delaktighet. I och med detta framträder en tydlig marknadslogik där patienten snarare ses ur aspekten av en vårdkonsument som ska kunna påverka de tjänster som den förbrukar. Hood (1991) belyser att i och med införandet av NPM-influerade reformer inom offentlig sektor har det genererat i ökad fokus på kundorientering (ibid). Relationen mellan professioner och klienter har omvandlats till kundrelationer genom inrättandet av kvasi-marknader, kundundersökningar och utvärderingar, kvalitetsåtgärder och prestationsfinansieringar (Evetts, 2009). I och med denna förändring relateras *vård* i större grad till bunten av varor och tjänster som säljs till en vårdkonsument, istället för den tidigare användningen av begreppet som hänvisade till omvårdnaden av en patient (Samuel, m.fl. 2004). Dessa tendenser återfinns även inom Mölndal Ortopedi och framhävs i intervjuerna som följande;

*"Det ligger i tiden överhuvudtaget att patienten faktiskt har större ansvar, förr när man sökte sjukvård så var det att ta hand om mig, mera. Nu är det så att vi lägger tillbaka mer och mer, dem är också delaktiga. Det står ju i den nya patientlagen att det ska ske i samråd med patienten, dem ska vara delaktiga och en del har lite svårt för det"* (Vårdenhetschef).

Uttalandet tydliggör marknadslogikens framträdande i vården och en försvagning av den medicinska professionalismen. Utifrån medicinsk professionalism är enligt Goodrick och Reay (2011) läkarna oberoende förespråkare för sina patienter och använder sina professionella kunskaper för att avgöra vad som är lämplig vård för dem. Genom en utveckling mot ökad patientinflytande tyder det på en försvagning av läkare som oberoende förespråkare. Marknadslogiken framträder tydligt i vissa aspekter trots att värdebaserad vård ämnar stärka professionerna. Ett annat uttalande från en medarbetare som exemplifierar det följer;

*"Jag tror att det är ett inne begrepp som ligger i tiden. Och att man tar vara mer på patientens synpunkter och att patienten är mer i fokus på ett annat sätt än vad den var förut. Att man vill förbättra vården med fokus på hur patienten upplever vården"* (Intervju 2, Sjuksköterska).

Hallin och Siverbo (2003) menar att en organisering av hälso- och sjukvården utifrån marknadslogik innebär stort fokus på yttre och inre effektivitet, där den yttre effektiviteten avser att tillgodose medborgarnas behov och den inre effektiviteten avser främst att producera kostnadseffektiv vård. Dessa utgångspunkter utgör grunden för värdebaserad vård. De förbättringarna som har uppnåtts till följd av det nya arbetssättet enligt värdebaserad vård inom Mölndal Ortopedi beskrivs i princip av varje respondent som *nöjdare patienter och kortare vårdtider*.

# Slutsatser

I följande kapitel sammanfattas studiens slutsatser genom återkoppling till respektive forskningsfråga. Därefter följer ett kapitel med avslutande diskussion och förslag till vidare forskning.

*Vilka institutionella tryck kan antas ligga till grund för implementeringen av strategin värdebaserad vård inom svensk hälso- och sjukvård?*

Skälen till implementeringen av strategin värdebaserad vård inom SU kan förklaras utifrån studiens teoretiska utgångspunkter och analys som flera olika interna och externa institutionella tryck. Det externa tryck som påverkade SU till att införa värdebaserad vård kan antas vara patienternas uttryckta viljor att vara mer delaktiga i sin vård, krav på bättre medicinska utfall och inbjudan till samverkan med Sveus. Det interna trycket till förändring kan tolkas som det stora glappet mellan vårdprofessionerna och sjukhusets ledning, som utifrån Thorntons (2002) studie kan förklaras som att det tidigare har funnits konkurrerande logiker, medicinsk professionalism och marknadslogik, vilka har skapat tryck för organisatoriska förändringar.

Samarbetet med Sveus kan tolkas som ett starkt *tvingande tryck*, DiMaggio och Powell (1983) menar att tvingande isomorfism kan härledas från både formella och informella tryck från andra organisationer, som övertalningar eller inbjudningar att delta i samverkan (ibid). Sveus har en betydande roll inom hälso- och sjukvårdssektorn genom ett samarbete med många huvudaktörer, vilket ger organisationen en ställning att kunna fastställa institutionaliserade regler. Följsamheten till de institutionella reglerna blir sedan avgörande för andra organisationers legitimitet.

Barbro Fridén, före detta sjukhusdirektör, yttrande om att hon har pratat med folk i England, Frankrike Holland och USA, där alla ser värdebaserad vård som ett paradigmskifte (Dagens Medicin, 2015), tyder på ett starkt *mimetiskt tryck*. Detta då mimetisk isomorfism innebär bland annat att organisationer följer trender och inför managementmodeller som har fått stor spridning (Abrahamsons, 1996). DiMaggio och Powell (1983) belyser även att en kvalificerad arbetskraft eller en bred kundbas kan uppmuntra till mimetiska isomorfism. För att inte förlora kompetent personal och patienter är de gynnsamt för sjukhuset att införa en populär strategi som är till fördel för både personal och patienter. Ett annat skäl till mimetisk isomorfism är att visa för omvärlden att de existerande problemen åtgärdas (DiMaggio &

Powell, 1983), vilket speglas i Barbro Fridéns uttalande om att de medicinska resultaten inte alltid har varit tillräckligt tillfredställande (Sveus, 2014).

Införandet av värdebaserad vård kan även enligt *normativ isomorfism* tolkas som professionalisering, då professionerna har getts ett stort utrymme att påverka förändringar inom verksamheten och det nya arbetssättet. Detta då professionerna fastställer villkoren och metoderna för arbetet enligt normativ isomorfism (DiMaggio och Powell, 1983)

*Hur framträder institutionella logiker i medarbetares och mellancheferers dagliga arbete innan och efter implementeringen av strategin värdebaserad vård?*

Införandet av värdebaserad vård inom SU har resulterat i en stärkning av vårdprofessionerna genom ökad autonomi och kollegial auktoritet. Detta då vårdprofessionerna har getts ett större inflytande i beslutsprocesser, genom mandat att arbeta fram beslutsunderlag i grupper bestående av alla professioner som ingår i vårdprocessen för en patient. Det är i linje med den medicinska professionslogiken, där diskursen konstrueras inom professionella yrkesgrupper (Evetts, 2009) och vårdprofessioner anses vara experter inom sitt område och därmed också mest lämpade att avgöra vad som är bra vård för patienter (Reay & Hinings, 2009). I och med att professionerna träffas i särskilda grupper för värdebaserad vård har den formella hierarkin inom organisationen dämpats, vilket enligt Thornton (2002) är en riktning mot en mer professionell organisationsstruktur som baseras på enskilda relationer snarare än hierarki. Kontrollen inom verksamheten har dock fortfarande inslag av hierarkiska strukturer, då professionerna påverkas av krav på effektivitet uppifrån, vilket utgör ett framträdande av marknadslogik. Det går emot Freidsons (2001) definition av professionalism, där kontrollen över arbetet utövas av professionen snarare än genom hierarkin.

Genom att eliminera överflödiga och riskfyllda rutiner har vårdtiden för patienter kortats ner från 3-5 dagar till 2-3 dagar. I intervjuerna uppges att genom kortare vårdtider exponeras patienterna i mindre grad för infektionsrisker i sjukhusmiljö och detta i samband med tidig rehabilitering har resulterat i bättre medicinska resultat. Då den medicinska professionslogikens mått på framgång är hög vårdkvalitet (Hallin och Siverbo, 2003) upplever vårdprofessionerna stora medicinska fördelar med det nya arbetssättet. Det finns dock även en framträdande av marknadslogik i det nya arbetssättet, vilket är kostnadseffektiv behandling. Genom förändrade arbetsrutiner har inte enbart vårdkvaliteten förbättrats, utan verksamheten har blivit mer kostnadseffektiv genom en minskning av operationskostnader från 72 000 kronor till 64 000 kronor samt ökad operationstakt. En nackdel som upplevs av

vårdprofessionerna är att de inte har fått någon förstärkning av personal trots den ökade arbetsvolymen. Det tyder på en framträdande av marknadslogik som prioriterar ett effektivt användande av arbetskraft (Reay & Hinings, 2009).

En annan förstärkning av marknadslogiken är tydlig i mellanchefernas utsagor, vilka menar att det ligger i deras ansvar att se till att den bestämda vårdtiden på 2-3 dagar hålls inom verksamheten. Det tyder på att verksamheten organiseras utifrån ett resultatinriktat perspektiv. Ytterligare en aspekt ur marknadslogik som har fått stor betydelse efter införandet av värdebaserad vård är ansvarsutkrävandet, då vårdpersonalen är skyldiga till en skriftlig motivering om vårdtiden på 2-3 dagar inte hålls. Slutligen har det skett en ökad patientcentrering som utifrån marknadslogik kan tolkas som en kundorientering, där patienten får vara mer delaktig i sin vård. Det är inte linje med den medicinska professionslogiken där läkare bör vara patienternas oberoende förespråkare och ges tillit till att ta självständiga beslut baserat på sin expertis (Goodrick & Reay, 2011).

# Avslutande diskussion och förslag till vidare forskning

För att återkoppla till studiens syfte som är; *att besvara hur den nya strategin för vårdens styrning, värdebaserad vård, har påverkat institutionella logiker inom hälso- och sjukvården*, kan det utifrån studien analys och slutsatser konstateras att ett införande av strategin värdebaserad vård inom hälso- och sjukvården har stärkt den medicinska professionslogiken, men att en marknadslogik fortfarande finns kvar. Medicinsk professionalism framträder som den numera dominerande logiken genom en organisering av verksamheten utifrån dess fundament. Utifrån värdebaserad vård motiveras dock gynnandet av olika aspekter ur marknadslogik, så som kostnadseffektiv behandling, med grund i argument som härrör från medicinsk professionalism. Kortare vårdtider motiveras med att det resulterar i bättre vårdkvalitet genom att minska risken för infektion. Kortare vårdtider innebär dock fler patienter och lägre kostnader per patient vilket bidrar till förbättrad kostnadseffektivitet. Genom att effektivisera verksamheten med argument som har stöd i medicinsk professionalism kan det antas att tidigare värdekonflikter, som uppstod genom införandet av marknadsmässiga styrmodeller, undviks. Det nya arbetssättet och förändrade rutiner motiveras utifrån att vara det bästa för patienten. Då medicinsk professionalism har sin utgångspunkt i tjänandet av patienten skulle det snarare uppstå en värdekonflikt om vårdprofessioner motsätter sig sådana förändringar.

I och med att Sahlgrenska universitetssjukhuset införde värdebaserad vård samma år som Sveus bildades, kan det antas att sjukhuset eftersträvar att vara en ledande aktör i utvecklingen. Vilket också kan förklara varför personalen inom Mölndal Ortopedi inte upplever att de får utökad personal förstärkning trots ökad arbetsvolym. Genom ökad produktivitet och effektivitet utan en ökning av kostnader kan SU, och mer specifikt Mölndal Ortopedi, tydligare visa på förbättrade ekonomiska resultat i samband med det nya arbetssättet. Tidigare kritiker mot värdebaserad vård har belyst strategins stora fokus på kostnadseffektivitet, genom att värde definieras som medicinskt utfall genom kostnader, som oförenligt med den medicinska professionslogiken (Sallin, Makdessi & Sjögren, 2015). Som tidigare marknadsmässiga styrmetoder utgår även värdebaserad vård från ett resultatinriktat perspektiv. Dock motiveras skälen till perspektivet utifrån att skapa värde för patienten. Vårdprofessionerna får dessutom ökat inflytande i beslutsprocesser och möjlighet att initiera förbättringsarbete. Det kan antas att utvecklingen går emot en allt mer dominans av

medicinsk professionalism men frågan är om det någonsin går att helt komma ifrån en existens av marknadslogik inom hälso- och sjukvården? Som nämnt i studiens inledande kapitel ökar kostnaderna för hälso- och sjukvården i alla länder. Att styra sjukvården enbart utifrån ren medicinsk professionalism kan därför antas bli för dyrt för samhället.

## Förslag till vidare forskning

Vetenskapliga studier om strategin värdebaserad vård är hittills få till antalet, då det första strategiska ramverket lanserades år 2006 (Porter & Teisberg, 2006). Den här studien har analyserat hur strategin har påverkat institutionella logiker inom hälso- och sjukvården utifrån medarbetare och mellanchefer utsagor om deras vardagliga arbete och upplevelser samt olika formella dokument. Ett förslag till framtida forskning är att studera värdebaserad vård utifrån patientperspektivet för att undersöka huruvida värdebaserad vård har ökat värdet för patienten och dennes inflytande i sin egen vård. En hypotes är att det eventuellt har skett en särkoppling mellan verksamhetens formella struktur och den dagliga verksamheten då det kan antas vara ineffektivt att vara lyhörd till patienten i allt för stor grad. Som tidigare nämnt blir sjukvården i de flesta västerländska länder allt dyrare och frågan är vilket utrymme patientens önskemål om sin egen vård egentligen har i verkligheten. Vår studie visar att komplikationer inom sjukvården har minskat sedan införandet av värdebaserad vård inom Mölndal Ortopedi och de flesta respondenter definierar det som ett värde för patienten. Dock är varje patient unik och en aspekt i framtida forskning kan även vara att studera hur värde definieras och mäts samt hur patienter upplever sjukvårdens värde. Ett ytterligare förslag till framtida forskning är att studera hur arbetssättet enligt värdebaserad vård bidrar till ett hållbart ledarskap och god arbetsmiljö. Detta då vår studie visar att medarbetare upplever en ökad arbetsvolym i och med det nya arbetssättet samt att mellanchefer upplever ett ökat ansvar över att bevaka att medarbetare håller den bestämda vårdtiden för patienten.

# Referenser

- Abrahamson, Eric. (1996). *Management fashion*. Academy of Management Review, 21:1, 254–85.
- Akner, Gunnar & Järhult, Bengt. (2016). *Värdebaserad vård utan underlag*. Läkartidningen, 2016-05-19.
- Alford, Robert, R. & Roger, Friedland, (1985). *Powers of Theory: Capitalism, the State, and Democracy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Anell, Anders. (2010). *Några av vårdens utmaningar*. I *Vårdens utmaningar*. Stockholm: SNS förlag.
- Anell, Anders., Glenngård, Anna H. & Merkur, Sherry. (2012). *Sweden health system review*. Health Systems in Transitions, 14:5.
- Berlin, Johan & Carlström, Eric. (2013). *Trender som utmanar traditioner*. En hälso- och sjukvård i metamorfos. Scandinavian Journal of Public Administration 16:2, 3-23.
- Berlin, Johan & Kastberg, Gustaf. (2011) *Styrning av hälso- och sjukvård*. Malmö: Liber.
- Brunsson, Nils & Sahlin-Andersson, Kerstin. (2000). *Constructing Organizations: The Example of Public Sector Reform*. Organization Studies, 21:4, 721-746.
- Bryman, Alan & Bell Emma (2010) *Företagsekonomiska forskningsmetoder*. Malmö Liber.
- Bryman, Alan. (2013). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Stockholm: Liber.
- Busch, Tor. & Wennes, Grete. (2012). *Changing values in the modern public sector: the need for value-based leadership*. International Journal of Leadership in Public Services, 8:4, 201-215.
- Denscombe, M. (2014). *The Good Research Guide : For Small-scale Research Projects*. 5. uppl., Maidenhead, Berkshire: McGraw-Hill Education
- DiMaggio, Paul J. & Powell, Walter W. (1983). *The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields*. American Sociological Review, 48:2, 147-160.
- Eriksson-Zetterquist, Ulla. (2009). *Institutionell teori - idéer, moden, förändring*. Malmö: Liber.



Esaiasson, P., Gilljam, M., Oscarsson, H. & Wängnerud, L. (2012). *Metodpraktikan. Konsten att studera samhälle, individ och marknad*. Vällingby: Elanders Sverige AB.

Evetts, Julia. (2009). *New Professionalism and New Public Management: Changes, Continuities and Consequences*. *Comparative Sociology*, 8:247–266.

Freidson, Eliot. (1994) *Professionalism Reborn: Theory, Prophecy and Policy*. Cambridge: Polity Press.

Freidson, Eliot. (2001). *Professionalism: The third logic*. Chicago: The University of Chicago Press.

Friedland, Roger & Alford, R. Robert. (1991). 'Bringing society back in: Symbols, practices, and institutional contradictions,' i *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, red. Walter W. Powell & Paul J. DiMaggio, 232–263. Chicago: University of Chicago Press.

Frumkin, Peter. & Galaskiewicz, Joseph. (2004). Institutional Isomorphism and Public Sector Organizations. *Journal of Public Administration Research & Theory*, 14:3, 283-307.

Goodrick, Elizabeth & Reay, Trish. (2011). Work of Pharmacists Constellations of Institutional Logics: Changes in the Professional Work of Pharmacists. *Work and Occupations*, 38:3, 372–416.

Greenwood, Royston., Suddaby, Roy. & Hinings, C.R., (2002). *Theorizing Change: The Role of Professional Associations in the Transformation of Institutionalized Fields*. *Academy of Management Journal* 45, 58–80.

Hallin, Bo. & Siverbo, Sven. (2003). *Styrning och organisering inom hälso- och sjukvården*. Lund: Studentlitteratur.

Harboe, T. (2013) *Grundläggande metod: Den samhällsvetenskapliga uppsatsen*. Första upplagan. Malmö: Gleerups Utbildning AB.

Hood, C. (1991). *A public management for all seasons?*. *Public Administration*, 69:1, 3–19.

Hällstén, Freddy. & Tengblad, Stefan. (2006). *Medarbetarskap i praktiken*. Studentlitteratur, Lund.

It-hälsa. (2016). *Sahlgrenska Universitetssjukhuset inför värdebaserad vård med hjälp av Qlik*. Hämtad 2016-09-27, från: <http://it-halsa.se/566-2/>

Jacobsen, Dag & Thorsvik, Jan.(2010). *Hur moderna organisationer fungerar*. Lund: Studentlitteratur.

Jacobsen, Dag Ingvar. & Thorsvik, Jan. (2008). *Hur moderna organisationer fungerar*. Lund: Studentlitteratur.

Karl Sallin, Lollo Makdessi & Jonas Sjögren. (2015). *Värdebaserad vård är laddad med problem, men också möjligheter*. Läkartidningen, 2015-01-05.

Scott, Richard W. (1987). *The adolescence of institutional theory*. Administrative Science Quarterly, 32:4, 493–511.

Lee, Thomas H. (2010). *Turning Doctors into Leaders*. Harvard Business Review.

Liff, Roy & Andersson, Thomas. *The multi-professional team as a post NPM control regime. Can it integrate competing control regimes in healthcare?*. Scandinavian Journal of Public Administration, 16:2, 45-67.

Lundquist, Lennart. (1998). *Demokratins väktare: ämbetsmännen och vårt offentliga etos*. Studentlitteratur, Lund.

Läkartidningen. (2012). *Värdebaserad vård – strategi för effektivare svensk sjukvård*. Hämtad 2016-09-05, från <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=18715>

Mattsson, P., & Örtenblad, A.(2008) *Smått och Gott om vetenskapliga rapporter och referensteknik*. Lund: Studentlitteratur

Meyer, J W & Rowan, B. (1977). *Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony*. American Journal of Sociology.

Nancarrow, Susan A., Booth, Andrew., Ariss, Steven., Smith, Tony., Enderby, Pam. & Roots, Alison. (2013). *Ten principles of good interdisciplinary team work*. Human Resources for Health, 11:19.

Nordenström, Jörgen. (2014). *Värdebaserad vård - Är vi så bra vi kan bli?*. Karolinska Institutet University Press, Stockholm.

OECD. (2013). *OECD Reviews of Health Care Quality: Sweden 2013: Raising standards*.

Porter, Michael E. & Teisberg, Elizabeth Olmsted. (2004). *Redefining Competition in Health Care*. Harvard Business Review.

- Porter, Michael E. & Teisberg, Elizabeth Olmsted. (2006). *Redefining health care – creating value-based competition on results*. Harvard Business School Press, Boston.
- Porter, Michael E. & Lee, Thomas H. (2013). *The Strategy That Will Fix Health Care*. Harvard Business Review.
- Porter, Michael E. (2010). *What Is Value in Health Care?* Boston: Harvard Business School.
- Reay, Trish & Hinings, C. R. (2009). Managing the Rivalry of Competing Institutional Logics. *Organization studies*, 30:06, 629-652.
- Regeringskansliet. (2008). *Kommuner och landsting – organisation, verksamhet och ekonomi*. Finansdepartementet, Stockholm.
- Ruef, Martin & Scott, W. Richard. (1998) A Multidimensional Model of Organizational Legitimacy: Hospital Survival in Changing Institutional Environments. *Administrative Science Quarterly*, 43:4, 877–904.
- Sahlgrenska Universitetssjukhus. (2013). *Verksamhetsplan och detaljbudget 2014*. Hämtad 2016-09-05, från <https://www2.sahlgrenska.se/upload/SU/Dokument/styrelsen/Styrelserummet/SU%20VP%20budget%202014%20inkl.%20bilagor%20faststalld%20131030.pdf>
- Sahlgrenska Universitetssjukhus. (2014). *Årsredovisning 2013*. Hämtad 2016-10-12, från <https://www2.sahlgrenska.se/upload/SU/Dokument/arsredovisning/Årsredovisning%2013%20SU%20-%20faststalld%20140130%20rev%20140211.pdf?epslanguage=sv>
- Sahlgrenska Universitetssjukhus. (2015). *Halverade väntetider med värdebaserad vård*. Hämtad 2016-09-05, från <https://www.sahlgrenska.se/bättre-vetande/halverade-vantetider-med-vardebaserad-varld/>
- Sahlgrenska Universitetssjukhus. (2016). *Årsredovisning 2015*. Hämtad 2016-10-12, från <https://www2.sahlgrenska.se/upload/SU/Kommunikationsavdelningen/%C3%85rsredovisning%202015.pdf?epslanguage=sv>
- Sallin, Karl., Makdessi, Lollo. & Sjögren, Jonas. (2015). *Värdebaserad vård är laddad med problem, men också möjligheter*. *Lakartidningen*, 2015-01-05.

Samuel, Sajay., Dirsmith, Mark W. & McElroy, Barbara. (2004). *Monetized medicine: from the physical to the fiscal*. Accounting, Organizations and Society, 30, 249–278.

Scott, R.W. (1987). *The Adolescence of Institutional Theory*. Administrative Science Quarterly. 32:4, 493-511.

Scott, W. Richard., Ruef, Martin., Mendel, Peter J. & Caronna, Carol A. (2000). *Institutional Change and Healthcare Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*. Chicago, IL: University of Chicago Press.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

SKL. (2015). *Svensk sjukvård i internationell jämförelse*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

Socialstyrelsen. (2009). *Nationella indikatorer för God vård*. Artikelnr 2009-11-5.

Styhre, Alexander., Roth, Adam. & Roth, Jonas. (2016). *Who will lead the physicians unwilling to lead? Institutional logics and double-bind situations in health care leadership*. Leadership & Organization Development Journal, 37:3, 325 - 340.

Suchman, Mark. (1995). *Managing legitimacy: Strategic and institutional approaches*. Academy of Management Review, 20: 571- 610.

Svenska Läkaresällskapet. (2015). *En Värdefull Vård – en hälso- och sjukvård med människan i centrum*. Svenska Läkaresällskapet arbetsgrupp En Värdefull Vård, 150626.

Sveus. (2016). *Vad är Sveus?*. Hämtad 2016-12-12, från <http://www.sveus.se/om-sveus/valkommen-till-sveus>

Tengblad, Stefan. (2006). *Aktörer och institutionell teori*. Gothenburg Research Institute. Handelshögskolan Göteborgs Universitet, Göteborg.

Thornton, P.H. & Ocasio, W. (2008), *Institutional logics*, I Greenwood, R., Oliver, C., Sahlin, K. and Suddaby, R. (Red.), The Sage Handbook of Organizational Institutionalism, Sage, London, New Delhi och Thousand Oaks, CA, s. 99-129.

Thornton, Patricia .H. (2002). *The rise of the corporation in a craft industry: conflict and conformity in institutional logics*. Academy of Management Journal, 45:1, 81-101.

Thornton, Patricia, H., Ocasio, William & Lounsbury, Michael. (2012). *The institutional logics perspective: A new approach to culture, structure, and process*. Oxford: Oxford University Press.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Västra Götalandsregionen. *Detaljbudget 2015 Sahlgrenska Universitetssjukhus*. Hämtad 2016-09-05, från <http://www.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/Regionstyrelsens%20kansli/Ekonomiavdelningen/Budget/Sahlgrenska%20Universitetssjukhuset%20detaljbudget%202015.pdf>

Västra Götalandsregionen. *Detaljbudget 2016 Sahlgrenska Universitetssjukhus*. Hämtad 2016-09-05, från <http://www.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/Regionstyrelsens%20kansli/Ekonomiavdelningen/Budget/Sahlgrenska%20Universitetssjukhuset%20detaljbudget%202016.pdf>

Xyrichis, Andreas. & Ream, Emma. (2008). *Teamwork: a concept analysis*. Journal of Advanced Nursing, 61:2, 232–241.

Zucker, Lynne G. (1987). *Institutional Theories of Organization*. Annual Review of Sociology, Vol. 13, 443-464.

# Bilaga 1: Intervjuguide

## Introduktionsfrågor

1. Hur länge har du arbetat inom Mölndal ortopedi?
2. Hur kom det sig att du valde det här yrket?

## Institutionell teori

3. Hur togs beslutet att införa värdebaserad vård inom SU?
4. Hur infördes värdebaserad vård inom er avdelning?
5. Hur upplever du att dina kollegor tog till sig det nya arbetssättet?
6. Har du upplevt några svårigheter med införandet av värdebaserad vård?
7. Hur följer ni upp arbetet med värdebaserad vård?
8. Vilka positiva effekter tycker du att värdebaserad vård bidragit till?
9. Har värdebaserad vård lett till negativa effekter, i så fall vilka?
10. Hur har vårdprocessen för patienter förändrats?
11. Har värdebaserad vård påverkat på vilka grunder beslut om patienter tas på?
12. Hur upplever du att dina arbetsrutiner har förändrats jämfört med tidigare (exempel)?
13. Hur upplever du ditt handlingsutrymme och ditt inflytande över dina arbetsuppgifter?  
Hur har det förändrats jämfört med tidigare?
14. Vilka värden anser du är viktiga att ta hänsyn till vid patientbemötande?
15. Hur har det nya arbetssättet påverkat dessa värden?
16. Hur upplever du krav och förväntningar som kommer uppifrån? Hur har det  
förändrats jämfört med tidigare?
17. Anser du att kraven och förväntningarna är rimliga och hanterbara?